

HENVISNING TIL BARNEHABILITERINGSTJENESTEN

ETTERNAVN			FØDT	PERSONNUMMER	
FORNAVN			GUTT		JENTE
ADRESSE			TELEFON		
KOMMUNE/DISTRIKT/BYDEL					
NASJONALITET	HVIS DET ER BEHOV FOR TOLK ANGI SPRÅK:				
ER DETTE FØRSTE GANG BARNET/UNGDOMMEN HENVISES TIL BARNEHABILITERINGSTJENESTEN?			JA		NEI
ER DET UTARBEIDET INDIVIDUELL PLAN ?	JA	NEI	HVIS NEI, HVORFOR IKKE?		
FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON					
HVEM HAR FORELDREANSVARET	Begge foreldre		andre		
	En av foreldre: mor			far	
BOR HOS:					
FORELDRE/ foresatt 1	mor		fostermor		annet
Navn					
Adresse					
Telefon (p)	Mobiltelefon		Telefon (a)		
FORELDRE/foresatt 2	far		fosterfar		annet
Navn					
Adresse					
Telefon (p)	Mobiltelefon		Telefon (a)		
Søsken (navn og alder)					
HENVISENDE LEGE					
Underskrift og dato:					
ADRESSE			Stempel:		
TELEFON					
FASTLEGE navn og adresse (om denne ikke er henviser)					
MEDHENVISER (hvis ikke lege skal stå for den løpende kontakt med habiliteringstjenesten)					
Underskrift og dato:					
ADRESSE /TELEFON			INSTANS		
PERSON /STILLING					

Aktuelle instanser i saken (helsestasjon/skolehelsetjeneste, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, annet)

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon

Er det opprettet ansvarsgruppe? Hvis ja, oppgi koordinator, hvis nei, hvorfor ikke?

TIDLIGERE UTREDNINGER:

Når utført?	Spesialistundersøkelser/utredninger/ Tester	Utført av hvilken instans

DIAGNOSER (hvis kjent)

1	2	3		
VEDLAGT RELEVANT BAKGRUNNSMATERIALE FRA:			JA	NEI
LEGEUNDERSØKELSER				
HELSESTASJON/SKOLEHELSETJENESTE				
FYSIOTERAPEUT				
ERGOTERAPEUT				
BARNEHAGE/SKOLE				
PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT)				
BARNE OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK (BUP)				
TVERRFAGLIG MØTE/ANSVARSGRUPPE				
INDIVIDUELL PLAN				
ANDRE ?				
SUM ANTALL VEDLEGG				

ÅRSÅK TIL HENVISNINGEN

Hva har vært gjort for å løse aktuell problematikk?

Hvilke tjenester ønskes fra barnehabiliteringstjenesten?

SPØRSMÅL TIL FORELDRE

Foreldre/foresatte andre ønsker fra barnehabiliteringstjenesten i tillegg til det som er nevnt ovenfor?

SAMTYKKE-ERKLÆRING

Jeg/vi er inneforstått med at denne henvisning sendes til barnehabiliteringstjenesten.

Jeg/vi gir barnehabiliteringstjenesten tillatelse til å innhente ytterligere opplysninger fra :(SETT KRYSS)

HELSESTASJON	<input type="checkbox"/>	BARNEHAGE/SKOLE	<input type="checkbox"/>	BUP	<input type="checkbox"/>
BARNEAVDELING	<input type="checkbox"/>	PPT-KONTOR	<input type="checkbox"/>	BARNEVERNTJENESTE	<input type="checkbox"/>
FYSIO/ERGOTERAPEUT	<input type="checkbox"/>	STATLIG SPESIALPEDAGOGISK KOMPETANSESNETER			<input type="checkbox"/>

ANDRE:

Er begge foreldre orientert om søknaden JA NEI

Dato Dato
Foreldre/foresattes underskrift: Ungdommens underskrift (over 15 år)

KRAV TIL HENVISNINGEN

Henvisningsskjemaet skal alltid fylles ut. Henvisningen skal skje i samarbeid med foreldre/foresatte og/eller barnet/ungdommen selv, og disse skal undertegne henvisningsskjemaet.

Koordinering og utnytting av de tverrfaglige ressursene i kommunen/bydelen er basis i alt habiliteringsarbeid. De ulike etater/fagpersoner som er i kontakt med og/eller gir tjenester til barnet bør sammen drøfte henvisningen. Lege må alltid være hovedhenviser
Den som henviser har ansvar for å redegjøre og dokumentere følgende:

1. De viktigste opplysningene om barnets helse-, motoriske-, språklige-, intellektuelle-, psykososiale- og atferdsmessige forhold.
2. Viktige forhold ved barnets situasjon (behandlingstiltak, fysioterapitilbud, barnehage/skole, hjelpemidler, o.l.).
3. Oversikt over involverte instanser og etablerte hjelpetiltak. Er det utarbeidet individuell plan, bør planen også legges ved henvisningen.
4. Årsak til henvisningen, og hvilken hjelp som ønskes eller det er behov for må være så tydelig og spesifikk som mulig. Dette gjelder både ved henvisning første gang og ved senere henvisninger.

Fint om dere ikke bruker stifter, da vedlegg og skjema skannes.

Saksgang i barnehabiliteringstjenesten:

I henhold til Pasient og brukerrettighetsloven vil henvisningen bli vurdert innen fristen som er på 5 virkedager (7 kalenderdager). Resultat av vurderingen vil bli meddelt skriftlig.

Etter endt utredning vil henvisende instans få tilsendt rapport, og eventuelt bli innkalt til et oppsummeringsmøte.

Dersom dere ønsker å drøfte en eventuell henvising er dere velkommen til å ta kontakt med oss.

Med vennlig hilsen

Barnehabiliteringstjenesten St. Olavs hospital

Adresse: St.Olavs hospital

Trondsletten Habiliteringssenter

Pb 3250 Torggarden

7006 Trondheim

Sentralbord: 72 83 21 00 / 73 57 30 00