



**TILVISING TIL FYSIOTERAPYH9 B9 GH5**  
**FOR BORN OG UN; 9 (0-19 ÅR)**

**BARNET**

Namn til barnet:.....

Fødselsdato:.....

Kven bur barnet hjå:            Mor             Far             Felles bustad

Nasjonalitet: .....            Morsmål: .....

Er barnet i kontakt med andre instansar:            Ja     Nei

Eventuelt kva instansar: ..... (0000000)

Fastlege til barnet: .....

**FØRESETTE**

Namn til mor: .....

Telefon privat:.....Telefon jobb:.....

Adresse:.....

Namn til far: .....

Telefon privat:.....Telefon jobb:.....

Adresse:.....

Eventuelt andre føresette.....

Telefon privat:.....Telefon jobb:.....

Adresse:.....

## TILVISING

Namn på tilvisande instans:.....

Adresse og epost:.....

Kontaktperson:.....Telefon:.....

Foreldre / føresette skal vera informert om at tilvisinga vert sendt.

Er dette gjort:           Ja            Nei

Hovudgrunn for tilvisinga:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Andre utfordringar / vanskar:

.....  
.....

Underskrift tilvisande instans:

..... Dato:.....

Tilvisinga skal sendast til:

*Fysioterapitenesta for born og unge, Hardangerfjordvegen 650, 5610 Øystese*