

HENVISNING TIL BARNEHABILITERINGSTJENESTEN



Sykehuset Innlandet HF



Akershus Universitetssykehus



Sykehuset Østfold HF

ULLEVÅL
universitetssykehus

ETTERNAVN						FØDT		PERS.NR	
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	
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					INSTANS				
PERSON /STILLING			TELEFON						

Aktuelle instanser i saken (helsestasjon/skolehelsetjeneste, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, annet)			
Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
Koordinators navn, adresse og telefon:			Er det opprettet ansvarsgruppe?
			Ja / nei
Hvis nei, hvorfor?			Er det utarbeidet Individuell plan?
			Ja / Nei

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?S

SAMTYKKE-ERKLÆRING

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

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

HELSESTASJON		BARNEHAGE/SKOLE		BUP		
BARNEAVDELING		PPT-KONTOR		BARNEVERNTJENESTE		
FYSIO/ERGOTERAPEUT		STATLIG SPESIALPEDAGOGISK KOMPETANSESNETER				

ANDRE:

Er begge foreldre orientert om søknaden

J A

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.
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.

Saksgang i barnehabiliteringstjenesten:

I henhold til Lov om pasientrettigheter § 2-2 vil henvisningen bli vurdert innen fristen som er på 30 virkedager. Resultat av vurderingen og eventuell fastsetting av behandlingsfrist vil bli meddelt skriftlig.

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

Dersom dere ønsker å drøfte en eventuell henvisning er dere velkomne til å ta kontakt med oss.

Med vennlig hilsen

Barnehabiliteringstjenestene i Helse Øst RF

