



## HENVISNING TIL BARNEHABILITERINGEN

Etternavn		Født		Personnummer	
Fornavn		Gutt		Jente	
Adresse		Telefon			
Kommune/ Distrikt					
Nasjonalitet		Hvis det er behov for tolk, angi språk:			
Er dette første gangen barnet/ ungdommen henvises til Barnehabiliteringstjenesten?				Ja	Nei
<b>FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON</b>					
<b>Bosituasjon</b>					
Hos begge foreldrene		Hos en av foreldrene		Fosterhjem	
				Egen bolig	
					Annet:
<b>Foreldre/ foresatt</b>					
Navn					
Adresse					
Telefon (p)		Mobiltelefon		Telefon (a)	
<b>Foreldre/ foresatt</b>					
Navn					
Adresse					
Telefon (p)		Mobiltelefon		Telefon (a)	
Søsken (navn og alder)					
HVEM HAR FORELDREANSVARET?		Begge foreldrene		En av foreldrene:	Mor
					Far
		Andre:			
<b>HENVISENDE LEGE</b>					
Adresse			Plass for stempel		
Sted/ dato		Underskrift			
<b>Fastlege</b> navn og adresse (om denne ikke er henviser)					
<b>MEDHENVISER</b> (hvis ikke lege skal stå for den løpende kontakten med habiliteringstjenesten)					
Instans		Person/ stilling			Tlf.
Adresse					
Sted/ dato					

TIDLIGERE UTREDNINGER		
Når utført?	Spesialundersøkelser/ utredninger/ tester	Utført av hvilken instans

VEDLAGT RELEVANT BAKGRUNNSMATERIALE FRA:	JA	NEI
Legeundersøkelser		
Helsestasjon/ skolehelsetjeneste		
Fysioterapeut		
Ergoterapeut		
Barnehage/ skole (individuell opplæringsplan, halvårsrapport, etc.)		
Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT)		
Barne- og ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP)		
Tverrfaglig møte/ ansvarsgruppe		
Individuell Plan		
Andre		
<b>Sum antall vedlegg</b>		

DIAGNOSER (hvis kjent)		
1	2	3

**Aktuelle instanser i saken**  
(Helsestasjon/skolehelsetjeneste, fysio-/ergoterapitjeneste, barnehage/skole, PPT, BUP, andre)

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon

	JA	NEI	Koordinator navn, adresse, telefon:
Er det opprettet ansvarsgruppe?			
Er det utarbeidet individuell plan?			
Er barnet henvist andre instanser?	Ja		Hvilke:
	Nei		

TJENESTEBEHOV							
Hvilke tjenester er det behov for:		Utredning/ diagnostikk		Tiltak/ behandling		Kurs/ undervisning	
Veiledning/ konsultasjon		Annet:					
ÅRSAK TIL HENVISNINGEN							
Beskriv aktuell problematikk og årsak til henvisning:							
Hva har vært gjort for å løse aktuell problematikk? (Hvilke tiltak er igangsatt?)							
Hvilke tjenester ønskes fra barnehabiliteringstjenesten?							
SPØRSMÅL TIL FORELDRE/ FORESATTE							
Har dere 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 i:							
Jeg/ vi gir barnehabiliteringstjenesten tillatelse til å innehente ytterligere opplysninger fra: (SETT KRYSS)							
Helsestasjon/ skolehelsetjeneste		Barnehage/ skole		BUP			
Barneavdeling		PPT- kontor		Barneverntjeneste			
Fysio- / ergoterapeut		Statlig pedagogisk kompetansesenter					
Andre:							
Er begge foreldrene orientert om søknaden?		JA		NEI			
Dato:			Dato:				
Foreldre/ foresattes underskrift			Foreldre/ foresattes underskrift				

## KRAV TIL HENVISNINGEN

**Henvisingsskjema** skal alltid fylles ut. Henvisningen skal skje i samarbeid med foreldre/foresatte og/ eller barnet/ ungdommen selv, og disse skal undertegne henvisingsskjemaet. Koordinering og utnytting av de tverrfaglige ressursene i kommunen 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, og lignende).
3. Oversikt over involverte instanser og etablerte hjelpetiltak.
4. Årsak til henvisningen og hvilken hjelp som ønskes/ 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 vurdering 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  
Nordlandssykehuset HF, Barnehabiliteringen,  
Postboks 1480, 8092 Bodø

