

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

FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON

HVEM BOR BARNET HOS?

MOR / foresatt		Fostermor		Andre (hvem?)
-----------------------	--	-----------	--	---------------

Navn

Adresse

Telefon (p)	Mobiltelefon	Telefon (a)
-------------	--------------	-------------

FAR / foresatt		Fosterfar		Andre (hvem?)
-----------------------	--	-----------	--	---------------

Navn

Adresse

Telefon (p)	Mobiltelefon	Telefon (a)
-------------	--------------	-------------

Søsken (navn og alder)

HVEM HAR FORELDREANSVARET	Begge foreldre		En av foreldre:	Mor		Far
	Andre:					

HENVISENDE LEGE

Underskrift og dato:	Stempel:
Adresse	
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:	Instans
Adresse	
Person/stilling	Telefon

Aktuelle instanser i saken

(helsestasjon/skolehelsetjeneste, fysio-/ergoterapitjeneste, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, annet)

Instans	Kontaktperson	Adresse	Telefon
Er det opprettet ansvarsgruppe?			Koordinators navn, adresse og telefon:
Ja		Nei	
Er det utarbeidet individuell plan?			Hvis nei, hvorfor?
Ja		Nei	

TIDLIGERE UTREDNINGER:

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

DIAGNOSER (hvis kjent)

1	2	3

VEDLAGT RELEVANT BAKGRUNNSMATERIALE FRA:

	Ja	Nei
LEGEUNDERSØKELSER		
HELSESTASJON/SKOLEHELSETJENESTE		
FYSIOTERAPUT		
ERGOTERAPUT		
BARNEHAGE/SKOLE		
PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT)		
BARNE OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK (BUP)		
TVERRFAGLIG MØTE/ANSVARSGRUPPE		
INDIVIDUELL PLAN		
ANDRE?		
SUM ANTALL VEDLEGG		

ÅRSAK TIL HENVISNINGEN

Hva har vært gjort for å løse aktuell problematikk? (Hvilke tiltak er i gang satt?)

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 innhente ytterligere opplysninger fra: (SETT KRYSS)

Helsestasjon/skolehelsetjeneste	<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 kompetansesenter				<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 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 så spesifikk som mulig. Dette gjelder både ved ny henvi sning og eventuelle re henvi sninger.

Saksgang i barnehabiliteringstjenesten:

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

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

Dersom dere ønsker å drøfte en eventuell henvi sning er dere velkommen til å ta kontakt med oss på forhånd.

Med vennlig hilsen

Barnehabiliteringstjenestene i Helse Øst

Habiliteringstjenesten for barn Oppland sentralsykehus HF
Anders Sandvigsgt. 17, 2629 Lillehammer.

Habiliteringstjenesten for barn i Hedemark, Postboks 4004, 2306 Hamar

Akershus Universitetssykehus. Barneavdelingen - seksjon for habilitering, 1478 Lørenskog

Ullevål Universitetssykehus. Seksjon for barnehabilitering, 0407 Oslo

Habiliteringstjenesten, Seksjon barnehabilitering, Postboks 594, 1612 Fredrikstad

