

| HENVISNING TIL HABILITERINGSTJENESTEN FOR BARN OG UNGE | | | | | |
|---|--|---|--|------------------------------------|--|
| Etternavn | | Fødselsdato | | Personnummer | |
| Fornavn | | - Gutt <input type="checkbox"/> | | - Jente <input type="checkbox"/> | |
| Adresse | | | | | |
| Kommune/Distrikt/Bydel | | | | | |
| Nasjonalitet | | Hvis det er behov for tolk, angi språk | | | |
| Er det første gang barnet/ungdommen henvises til Habiliteringstjenesten for barn og unge? | | Ja <input type="checkbox"/> | | Nei <input type="checkbox"/> | |
| FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON | | | | | |
| Hvem har foreldreansvaret? | | Begge foreldre <input type="checkbox"/> | | En av foreldrene: | |
| | | Andre <input type="checkbox"/> | | Mor <input type="checkbox"/> | |
| | | | | Far <input type="checkbox"/> | |
| Bor hos | | | | | |
| Foreldre / Foresatte 1 | | Mor <input type="checkbox"/> | | Fostermor <input type="checkbox"/> | |
| | | annet <input type="checkbox"/> | | | |
| Navn | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Telefon (p) | | Mobiltelefon | | Telefon (a) | |
| Foreldre / Foresatte 2 | | Far <input type="checkbox"/> | | Fosterfar <input type="checkbox"/> | |
| | | annet <input type="checkbox"/> | | | |
| Navn | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| Telefon (p) | | Mobiltelefon | | Telefon (a) | |
| Søsken (navn og alder) | | | | | |
| HENVISENDE LEGE | | | | | |
| Underskrift og dato | | | | Stempel | |
| Adresse | | | | | |
| Telefon | | | | | |
| FASTLEGE navn og adresse (om denne ikke er henviser) | | | | | |

Aktuelle instanser i saken

(helsestasjon/skolehelsetjenestem, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, annet)

| Instanse | Kontaktperson | Adresse | Telefon |
|----------|---------------|---------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|
| Er det opprettet ansvarsgruppe? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Koordinatorers navn, adresse og telefon |
| Er det utarbeidet individuell plan? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Hvis nei, hvorfor? |

TIDLIGERE UTREDNINGER: (for eksempel medisinsk (syn/hørsele etc.), psykiatrisk, pedagogisk, motorisk, annet)

| Når utført? | Spesialundersøkelser / utredninger / tester | Utført av hvilken instans | Pålitelig (J/N) |
|-------------|---|---------------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Diagnoser (Hvis kjent)

| | |
|---|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

Vedlagt relevant bakgrunnsmateriale fra

| | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Legeundersøkelser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helsestasjon/Skolehelsetjeneste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ergoterapeut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barnehage/skole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tverrfaglig møte/ansvarsgruppe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Individuell plan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sum antall vedlegg | | |

Årsak til henvisningen

Hva har vært gjort for å løse aktuell problematikk?

Hvilke tjenester ønskes fra Habiliteringstjenesten for barn og unge?

Spørsmål til foreldre/Foresatte

Har dere andre ønsker fra Habiliteringstjenesten for barn og unge (i tillegg til det som er nevnt ovenfor)?

Samtykke-erklæring

Jeg/vi er innforstått med at denne henvisning sendes til Habiliteringstjenesten for barn og unge i:

Jeg/vi gir Habiliteringstjenesten for barn og unge tillatelse til å innhente ytterligere opplysninger fra: (SETT KRYSS)

| | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Helsestasjon | <input type="checkbox"/> | Barnehage/Skole | <input type="checkbox"/> | BUP | <input type="checkbox"/> |
| Fastlege | <input type="checkbox"/> | PPT-kontor | <input type="checkbox"/> | Barneverntjeneste | <input type="checkbox"/> |
| Fysio/Ergoterapeut | <input type="checkbox"/> | Sosialkontor | <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

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

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. **Henvising må fremsettes gjennom barnets lege.**

Henvising må dokumentere følgende:

1. De viktigste opplysningene om barnets helsemessige, 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 eller det er behov for, må være så tydelig og spesifikk som mulig.

Habiliteringstjenesten for barn og unge saksgang i forhold til henvisinger:

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

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

Med vennlig hilsen

Habiliteringstjenesten for barn og unge