

## Børneterapien (2013)

Barnets navn:	Diagnose:	
Cpr.nr.: Ydelse:	Henvisningsårsag:	
Betalingskommune:	Test/us.redskab:	
1. Barnets adresse:	Udfyldt af/dato:	Henvist af:
	Ergoterapeut:	Fysioterapeut:
Tlf. hjemme:  Tlf. mobil:  Tlf. arbejde: E-mail:	Henvisning/dato: Visitation/dato: Start/dato:	Henvisning/dato:  Visitation/dato:
2. Barnets adresse:  Tlf. hjemme: Tlf. mobil: Tlf. arbejde: E-mail:	Ortopæd: (sæt x) Ja Nej	Botox: (sæt x) OE/ja      Nej UE/ja      Nej
	Samtykke til indhentning af journal: (sæt x) Ja Nej	Samtykke til video/billeder: (sæt x) Ja Nej
Forældrenes navne: Mor: Far:	Andre (hospital, egen læge, øjenlæge, ørelæge, specialtandlæge, ortopæd, psykolog, diætist, talepædagog, fysioterapeut, ergoterapeut):	
Dagpleje, Børnehave, skole (adresse/tlf.nr./e-mail):  Tlf.		
Fritidstilbud (adresse/tlf.nr./e-mail):	Medicin	
Kontaktpædagog/person (navn/tlf.nr./e-mail):	Hjælpemidler:	
Kommunal ergoterapeut (navn/tlf.nr./e-mail):		
Sagsbehandler (navn/tlf.nr./e-mail):	Kørselsordning: (sæt x) Bus                      Taxa: Ingen                    Andet:	