

HENVISNING TIL SEKSJON FOR HABILITERING AV BARN OG UNGE					
Etternavn		Født		Personnummer	
Fornavn		Gutt <input type="checkbox"/>		Jente <input type="checkbox"/>	
Adresse		Telefon			
Kommune					
Nasjonalitet		Hvis behov for tolk angi språk			
Er dette første gang barnet/ungdommen henvises til Seksjon for habilitering				Ja <input type="checkbox"/>	
				Nei <input type="checkbox"/>	
FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON					
HVEM BOR BARNET HOS?					
MOR / foresatt		<input type="checkbox"/>	Fostermor		<input type="checkbox"/>
		Andre (hvem?)			
Navn					
Adresse					
Telefon (p)		Mobiltelefon		Telefon (a)	
FAR / foresatt		<input type="checkbox"/>	Fosterfar		<input type="checkbox"/>
		Andre (hvem?)			
Navn					
Adresse					
Telefon (p)		Mobiltelefon		Telefon (a)	
Søsken (navn og fødselsår)					

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 Seksjon for habilitering)	
Underskrift og dato	Instans
Adresse	Telefon
Person / stilling	

Aktuelle instanser i saken
(helsestasjon / skolehelsetjeneste, fysio-/ergoterapitjeneste, barnehage, skole, PPT, BUP, barnevern, annet)

Instanser	Kontaktperson	Adresse	Telefon
Er det opprettet ansvarsgruppe? Koordinators navn,			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Adresse og telefon:			
Er det utarbeidet Individuell plan? Hvis nei, hvorfor?			
Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>

TIDLIGERE UTREDNINGER

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

DIAGNOSER (hvis kjent)

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

VEDLAGT RELEVANT BAKGRUNNSMATERIALE FRA	JA	NEI
LEGEUNDERSØKELSE		
HELSESTASJON / SKOLEHELSETJENESTE		
FYSIOTERAPEUT		
ERGOTERAPEUT		
BARNEHAGE / SKOLE		
PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT)		
PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE (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 Seksjon for habilitering?

SPØRSMÅL TIL FORELDRE FORESATTE

Har dere andre ønsker fra Seksjon for habilitering (i tillegg til det som er nevnt ovenfor)?

SAMTYKKE-ERKLÆRING

Jeg/vi er innforstått med at denne henvisningen sendes til Seksjon for habilitering av barn og unge.

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

Helsestasjon/skolehelsetjeneste	<input type="checkbox"/>	Barnehage/skole	<input type="checkbox"/>	BUP	<input type="checkbox"/>
Barnemedisin (pediatri)	<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 HENVISNING

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 redgjøre og 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 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 ny henvisning og eventuelle rehenvisninger.

Saksgangen i Seksjon for habilitering:

I henhold til Lov om pasientrettigheter §2-2 vil henvisningen 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 henvisning er dere velkommen til å ta kontakt med oss på forhånd.

HENVISNINGEN SENDES

Avdeling for habilitering av barn og unge har to seksjoner - Kristiansund og Ålesund. Henvisningen sendes det tilhørende geografisk område.

Seksjon for habilitering av barn og unge
Helse Møre og Romsdal
Kristiansund sjukehus
6508 Kristiansund

Seksjon for habilitering av barn og unge
Helse Møre og Romsdal
Ålesund sjukehus
6026 Ålesund