



Sendes til Guldborgsund Genoptræning Fjordvej 46 4800 Nykøbing F. 54 73 22 30 genoptraening@guldborgsund.dk	Oplyses ved henvendelse	
	Dato	Sagsidentifikation
Ansøgning om ergo- og/eller fysioterapeutisk tilbud til børn Serviceloven § 86, stk. 2 jf. § 44		

Inden ansøgning om ergo- og/eller fysioterapeutisk tilbud til børn er det en fordel at afklare med barnets læge, om barnets vanskeligheder kan have en fysisk / psykisk årsag, fx syns- og høreproblemer, nerve- og muskelsygdom m.m.

Oplysninger om barnet

Navn		Personnummer
Adresse		
Postnummer	By	

Oplysninger om forældre

Navn - mor		Personnummer	
Forældre- myndighed	<input type="checkbox"/> Nej	E-mail	Mobiltelefonnummer
	<input type="checkbox"/> Ja		
Navn - far		Personnummer	
Forældre- myndighed	<input type="checkbox"/> Nej	E-mail	Mobiltelefonnummer
	<input type="checkbox"/> Ja		

Barnets læge

Lægens navn	Telefonnummer
-------------	---------------

Sundhedsplejerske

Sundhedsplejerskens navn	
Telefonnummer	E-mail

Barnets institution (vuggestue, børnehave, skole mv.)

Dagplejens/Institutionens navn	Telefonnummer
Adresse	
Postnummer	By
Kontaktperson	E-mail

Oplysninger om henviser (oplyses ikke hvis forældre selv henviser)

Navn	Telefonnummer
Adresse	
Postnummer	By
E-mail	

Er barnet plejebarn <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Hvis ja - oplys anbringende kommune	Sagsbehandler
Telefonnummer	E-mail

Årsag til henvendelsen

Oplys årsag til henvendelse samt eventuel diagnose
Beskriv, hvilke dagligdagsaktiviteter barnet har svært ved at udføre eller deltage i
Beskriv, hvad der er gjort for at hjælpe barnet med det ovenfor beskrevne
Beskriv, hvad I ønsker Gulborgsund Genoptrænings hjælp til

Er barnet nu eller har barnet tidligere været i kontakt med/henvist til (hvis relevant)

PPC - Skolepsykolog	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet
PPC - Talepædagog	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet
Familierådgiver	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet
Sygehuslæge	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet
Speciallæge	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet
Ergo-/ fysioterapeut	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet
Andre	Navn	<input type="checkbox"/> Henvist til	<input type="checkbox"/> I gang med	<input type="checkbox"/> Afsluttet

Dato og underskrift - Fagperson

Dato og underskrift

Jeg erklærer, at de oplyste forhold er korrekte

Dato og underskrift - mor	Dato og underskrift - far
---------------------------	---------------------------