Thisted Kommune

Handicap og Socialpsykiatri

Børneterapeuterne

**Indstilling til ergo- og fysioterapeutisk træning og vejledning af børn og unge med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.**

**Barnets Lov § 81 og §90 jf. SEL § 86.2**

Det forudsættes, at barnet er eller har været i kontakt med en børneafdeling.

**Oplysninger om barnet:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse: | Postnr. og by |
| Daginstitution: | Kontaktperson: |

**Oplysninger om forældre:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mors navn: | Tlf.nr.: |
| Adresse: | Postnr. og by: |
| Fars navn: | Tlf.nr.: |
| Adresse: | Postnr. og by: |
| Forældremyndighed:Fælles \_\_\_\_ Mor \_\_\_\_ Far \_\_\_\_ |

**Indstilling sendt af:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Stilling: |
| Adresse: | E-mail: |
| Tlf.nr.:  | Dato |

**Baggrund for henvendelse:**

|  |
| --- |
|  |

**Beskrivelse af barnets problemstillinger og ressourcer:**

|  |
| --- |
|  |

 **Barnet er eller har været i kontakt med:** (relevante bilag vedlægges)

|  |  |
| --- | --- |
| Sygehus, afdeling, speciallæge: | Dato: |
| PPR, fagperson, navn: | Dato: |
| Andre:  | Dato: |

**Samtykke:**

|  |
| --- |
| Barnets forældre/ personlige værge giver hermed tilladelse til, at der indhentes relevante lægelige oplysninger til brug for visitationen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato Underskrift |

**Indstillingen sendes til:**

**Thisted Kommune**

**Handicap og Socialpsykiatri**

**social@thisted.dk**