Vesthimmerlands Kommune

# Henvisning til Center for Børne- og Ungesundhed

| **Oplysninger om barnet:** | | | |
|---|---|---|---|
| Barnets navn: | | | |
| Adresse: | | Cpr. nr.: | |
| Post nr. og by.: | | Institution/skole: | |
| Tosproget: | Ja ☐ Nej ☐ | Klasse: | |
| Tidligere henvist: | Ja ☐ Nej ☐ | Tilflytter til kommunen: | Ja ☐ Nej ☐ |
| Er barnet henvist til Center for Psykologi og pædagogik (CPP): | Ja ☐ Nej ☐<br>Hvis ja, må der indhentes relevante oplysninger derfra<br>Ja ☐ Nej ☐ | | |
| Planlagte netværksmøder/ opstartsmøder: | | | |
| Forældremyndighedsindehavere:<br>Fælles ☐ Mor ☐ Far ☐ Andre ☐ _____ | | | |

| **Oplysninger på forældre**: | | | |
|---|---|---|---|
| Navn (forælder 1): | | Navn (forælder 2): | |
| Adresse: | | Adresse: | |
| Postnr. / By: | | Postnr. / By: | |
| Telefonnr.: | | Telefonnr.: | |

| **Oplysninger hvis barnet bor hos plejefamilie:** | | | |
|---|---|---|---|
| Plejefamilie: | | Telefonnr.: | |
| Adresse: | | Postnr. og by: | |
| Barnets hjemkommune: | | Sagsbehandlers Telefonnummer: | |
| Sagsbehandlers Navn: | | Sagsbehandlers E-mail: | |
| Sagsbehandler har godkendt, at plejefamilie må modtage information i E-boks: | | | Ja ☐ Nej ☐ |

| **Oplysninger - OBS kun hvis barnet går i dagpleje:** | | | |
|---|---|---|---|
| Dagplejer: | | Telefonnr.: | |
| Adresse: | | Post nr. og by.: | |

| **Oplysninger om henviser:** | | | |
|---|---|---|---|
| Institution: | | Kontaktperson/ fagpersons navn: | |
| Telefonnr.: | | Stilling: | |
| E-mail: | | | |

Center for Børne- og Ungesundhed * Markedsvej 6, 9600 Aars * telefon 9966 9140
fys-ergo@vesthimmerland.dk

August 2025

Vesthimmerlands Kommune

| Beskriv hvad I oplever, og hvad I har afprøvet – giv gerne eksempler fra hverdagen: |
| --- |
| |

| Hvad ønsker I vejledning til? Hvad ønsker I at opnå med indsatsen? |
| --- |
| |

| Kommentarer fra forældre: |
| --- |
| |

Vesthimmerlands Kommune

| Barnet er i kontakt med: | Ja | Nej | | Ja | Nej |
|---|---|---|---|---|---|
| Sygehus | | | Kiropraktor | | |
| Øjenlæge | | | Kraniosakral terapeut | | |
| ØNH-læge | | | Andet | | |

| Samtykkeerklæring om samarbejde og behandling af dine personoplysninger: | |
|---|---|
| Ved afsendelse af henvisningsskemaet gives der samtykke, til at der udføres undersøgelse og behandling. Samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage. Der informeres om, at behandlingen kan indbefatte motorisk og sensorisk træning, interventionsforslag til forældre og institution/skole.<br><br>Information om dine rettigheder som forældre og behandling af jeres personoplysninger er beskrevet i Privatlivspolitikken. | |
| **Hvordan får jeg en tid?**<br>Du vil blive kontaktet af en fysioterapeut eller ergoterapeut, når vi kan tilbyde dig en tid. Der tilstræbes tilbud om en tid inden for 4 uger fra modtagelsen af henvisningen. | |
| **Dato/underskrift:**<br>**Forælder/værge/fuldmagtsindehavere** | |
| **Dato/underskrift:**<br>**Forælder/værge/fuldmagtsindehavere** | |