



Henvisning vedr. børneterapeutisk konsulentbistand

Barnets navn:	
Cpr.nr.:	

	Mor	Far
Navn:		
Adresse:		
Tlf.nr. hjem/mobil:		
Mail:		

Barnets henvises af:	
----------------------	--

Dagpleje/institution:		Stue:
Adresse:		
Tlf.nr.		
Kontaktperson:		
Mail til kontaktperson:		

Barnets sundhedsplejerske:	
Barnets læge:	
Sygehus / Speciallæge:	

Har barnet kontakt til: ☐ Specialpædagogiskcenter ☐ Psykolog
☐ Småbørnskonsulent ☐ Talepædagog

Må børneterapeuten indhente øvrige nødvendige oplysninger vedrørende dit/jeres barn?

☐ Ja ☐ Nej

Forældreunderskrift: _____ Dato: _____