

Henvisning til Børn i Bevægelse i Vesthimmerland

UDFYLDES ELEKTRONISK ELLER MED KUGLEPEN

Barn:

Barnets navn:					
Adresse:			Cpr. nr.:		
Post nr. / By.:			Institution/ skole:		
Barnets lægehus:			Klasse:		
Tidligere henvist til BIB?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Tosproget:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tilflytter til kommunen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Tilflyttet årstal:		

Forældre:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Navn (forældre 1):</td><td></td></tr> <tr><td>Cpr. nr.:</td><td></td></tr> <tr><td>Adresse:</td><td></td></tr> <tr><td>Postnr. / By:</td><td></td></tr> <tr><td>Telefonnr.:</td><td></td></tr> </table>	Navn (forældre 1):		Cpr. nr.:		Adresse:		Postnr. / By:		Telefonnr.:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Navn (forældre 2):</td><td></td></tr> <tr><td>Cpr. nr.:</td><td></td></tr> <tr><td>Adresse:</td><td></td></tr> <tr><td>Postnr. / By:</td><td></td></tr> <tr><td>Telefonnr.:</td><td></td></tr> </table>	Navn (forældre 2):		Cpr. nr.:		Adresse:		Postnr. / By:		Telefonnr.:	
Navn (forældre 1):																					
Cpr. nr.:																					
Adresse:																					
Postnr. / By:																					
Telefonnr.:																					
Navn (forældre 2):																					
Cpr. nr.:																					
Adresse:																					
Postnr. / By:																					
Telefonnr.:																					

Forældremyndighedsindehavere:

Fælles

Mor

Far

Andre

Plejeforældre:

Plejefamilie		Telefonnr.:	
Adresse:		Postnr. / By:	
Barnets hjemkommune:		Sagsbehandler:	

Henviser:

Henviser/ Institution:		Henviser/ kontaktperson:	
Telefonnr.:		Stilling:	
Adresse:		E-mail:	

Udfyldes hvis barnet går i dagpleje:

Dagplejer:		Telefonnr.:	
Adresse:		Post nr. / By.:	

Udfyldes af fysioterapeut / ergoterapeut:

Modtaget dato:	Journal nr.:	Kontaktperson i BIB:
----------------	--------------	----------------------

Beskriv hvad I oplever / hvad ønsker I vejledning til / hvad har barnet svært ved:

Andre oplysninger / kommentarer fra forældre:

Barnet er/har været i kontakt med:	Ja	Nej		Ja	Nej
Sygehus (Børneafdeling, Neuroædiatrisk team, ortopædkirurgisk, psykiatrisk afdeling)			Kiropraktor		
Øjenlæge			Kraniosakral terapeut		
Ørelæge			Andet		

Samtykkeerklæring om samarbejde og behandling af dine personoplysninger:

I forbindelse med henvisning til Børn i Bevægelse, vil vi gerne bede om tilladelse til at samarbejde med det sted som henviser dit barn. Dette betyder at vi udveksler relevante oplysninger, om f.eks. barnets motoriske færdigheder og adfærd, som er relevant i forhold til henvisningen. Formålet er at give barnet den bedst mulige behandling samt give råd og vejledning til henviser.

Information om dine rettigheder som forældre er beskrevet i oplysningspligten, som fremsendes til e-boks, når BIB modtager henvisning.

Ved din underskrift accepterer du, at Børn i Bevægelse ved Vesthimmerlands Kommune må behandle dine personoplysninger i den udstrækning, som er beskrevet ovenfor.

Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage ved at henvende dig til Børn i Bevægelse. Det kan gøres både mundtligt og skriftligt. At samtykket trækkes tilbage berører ikke lovligheden af den behandling af oplysninger, der er foretaget indtil tilbagetrækningen af samtykket.

SÆT KRYDS

- Barnets forældre er orienteret om, at de selv skal kontakte Børn i Bevægelse
- Ved henvisning fra skole: Efter henvisning er sendt til BIB, kontakter skolen BIB og laver en aftale

Dato / underskrift:
Forældre/værge/fuldmagtsindehavere

Dato / underskrift:
Forældre/værge/fuldmagtsindehavere