

Visitationskema



Norddjurs
Behandlingscenter
for børn og unge med handicap

Mail: VisitationNord@norddjurs.dk

BARNET	Navn:	Cpr.nr.:
	Adresse:	
MOR Forældremyndighed JA: <input type="checkbox"/> NEJ: <input type="checkbox"/>	Navn:	Cpr.nr.:
	Adresse:	
		Tlf. arbejde
	E-mail	Tlf. privat
FAR Forældremyndighed JA: <input type="checkbox"/> NEJ: <input type="checkbox"/>	Navn:	Cpr.nr.:
	Adresse:	
		Tlf. arbejde
	E-mail	Tlf. privat
PLEJEFAMILIE/ DØGNINSTITUTION	Navn:	
	Adresse:	Tlf.:
EGEN LÆGE	Navn:	
	Adresse:	Tlf.:
SUNDHEDSPLEJESKE	Navn:	
	Tlf.:	
DAGINSTITUTION/DAG- PLEJE KONTAKTPERSON	Adresse:	
	Tlf.:	
BEHOV FOR TOLK	JA: <input type="checkbox"/> SPROG:	

2

Oplysninger om kommunen

Handlekommune:

Evt. betalingskommune:

Socialrådgivers Navn:

Tlf.:

Socialrådgivers E-mail:

3

Begrundelse for visitation

Kort beskrivelse af barnets funktionsnedsættelse, evt. diagnose og umiddelbar vurdering af behov

4

Vedlagte oplysninger*Relevant materiale vedhæftes—sæt x*

<input type="checkbox"/>	Handleplaner
<input type="checkbox"/>	Udredning
<input type="checkbox"/>	Pædagogiske vurderinger
<input type="checkbox"/>	Lægelige vurderinger
<input type="checkbox"/>	Andet

5

Forældrenes bemærkninger og særlige opmærksomhedspunkter

Samtykke fra forældrene til at sagen drøftes i visitationsudvalget *
(* socialrådgiver, PPR, Norddjurs Behandlingscenter)

sæt X

Dato:**Stempel:****Underskrift fra kommunen:**