



Henvisning til PPT med Logopedtjeneste

Opplysninger om eleven

Personopplysninger

Fødselsnummer	
Fornavn	Etternavn
Adresse	
Postnr/sted	
Mobil	
Nasjonalitet	Morsmål
Kjønn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente	

Foresatt

Personopplysninger om foresatt 1

Fornavn	Etternavn	
Adresse		
Postnr/sted		
Mobiltelefon		
Arbeidssted	Telefon arbeid	Epost
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Hvilket språk?		

Personopplysninger om foresatt 2

Fornavn	Etternavn
---------	-----------

Adresse		
Postnr/sted		
Mobiltelefon		
Arbeidssted	Telefon arbeid	Epost
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Hvilket språk?		

Skole	
Skole	Telefon
Kontaktlærer	
Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Eventuelt med hvem?	
Hvem tok initiativet til henvisningen?	

Opplysninger
Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen. Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport.
Når startet vanskene?
Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse:
Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestørrelse):

Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?

Underskrift/Samtykke

Underskrift fra kommunen

Kommunen avgjør om barnehage, helsestasjon og andre instanser i kommunen, selv kan henvise barn til PP-tjenesten, eller om de må gå veien om kommunen, som så selv står for henvisningen.

Sted og dato

Underskrift kontaktlærer

Sted og dato

Underskrift rektor

Samtykke til henvisningen fra foreldre

Sted og dato

Underskrift foresatt 1/elev dersom fylte 15 år

Sted og dato

Underskrift foresatt 2

Opplysninger fra foresatt

Opplysninger fra foreldre fylles ut og legges ved henvisningen kun dersom de ønsker et slikt vedlegg.

Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen:

Beskriv barnets sterke sider:

Når startet vanskene?

Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser):

Fungerer synet normalt?

Ja

Nei

Fungerer hørsel normalt?

Ja

Nei

Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel?

Hvem består den nærmeste familie av til daglig

Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet

Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.

Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre:

Samtykke til samarbeid

- Helsestasjon/skolehelsetjeneste
- Barneverntjeneste
- Psykatritjeneste
- Fastlege/spesialisttjeneste
- Barnehage
- Andre

Hvilke andre

Sted og dato

Underskrift foresatt 1

Sted og dato

Underskrift foresatt 2

Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.