



## Henvisning til PPT med Logopedtjeneste for barn og under opplæringspliktig alder

### Opplysninger om barnet

#### Personopplysninger

Fødselsnummer	
Fornavn	Etternavn
Adresse	
Postnr/sted	
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?		

Barnehage	
Barnehagens navn	Telefon
Avdelingen/gruppens navn	
Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen	
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
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.
Gi en kort beskrivelse av barnet. Hva er barnets sterke sider? Hva er grunnen for henvisningen? Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport.
Hvilke eventuelle tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse av disse:
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

#### Samtykke til henvisningen fra foreldre

Sted og dato

Underskrift foresatt 1

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Fungerer hørsel normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Helsestasjon/skolehelsetjeneste <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> Psykatritjeneste <input type="checkbox"/> Fastlege/spesialisttjeneste <input type="checkbox"/> Barnehage <input type="checkbox"/> 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.