



HENVISNING / SAMTYKKE

Audiopedagogtjenesten i Haugesund, Sauda, Suldal, Tysvær, Utsira og Vindafjord

Det gis herved samtykke til at informasjon om hørselstapet til:

Barnets navn: _____

Fødselsnummer: _____

Bostedsadresse: _____

Navn på barnehage/skole: _____

Type høreapparat: _____

kan utveksles mellom audiopedagogtjenesten, ØNH v/Helse Fonna og andre ØNH-leger.

Foreldres/foresattes navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Foreldres/foresattes navn: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sett kryss på instansene aktuell informasjon kan utveksles mellom:

- PP-tjenesten i hjemkommunen til barnet
Statped
- NAV hjelpemiddelsentral
- Rikshospitalet
- Andre (spesifiser): _____

Samtykket gjelder i den perioden det er behov for audiopedagogisk tilrettelegging og kan trekkes tilbake når som helst i perioden.

Dato/Sted

Foresattes underskrift

