

**Tysvær PPT** *Pedagogisk psykologisk tjeneste for Tysvær kommune*

# Henvisning til logoped

## Opplysninger om henviser

Henviser/instans	Telefon
Kontaktperson	
Sted og dato samt underskrift fra henviser	
<b>Henvisningsgrunn</b>	
<input type="checkbox"/> Språkforståelse <input type="checkbox"/> Språkproduksjon <input type="checkbox"/> Språkllyder <input type="checkbox"/> Stemme <input type="checkbox"/> Spise/svelgvansker (Dysfagi) <input type="checkbox"/> Apraksi <input type="checkbox"/> Dysartri	<input type="checkbox"/> Munnmotorisk vansker <input type="checkbox"/> Stammering <input type="checkbox"/> Løpsk tale <input type="checkbox"/> Afasi <input type="checkbox"/> Nevrologisk sykdom <input type="checkbox"/> Annet (beskriv):

## Opplysninger om søker

### Personopplysninger

Fødselsnummer	Fornavn, mellomnavn	Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Er søker bosatt i institusjon/bemannet bolig? Ja                      Nei		
Morsmål	Mobil	
Kjønn	Nasjonalitet	
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket språk:	
Har vært henvist logoped tidligere: JA      NEI		
Har vært henvist PPT tidligere: JA      NEI		
Er under oppfølging av PPT nå: JA      NEI		



<b>Bakgrunnsinformasjon</b>	
<b>Grunn for henvisning</b>	
Gi en kort beskrivelse av utfordringene/grunn for henvisningen.	
Hvilke hjelp ønskes fra logopedtjenesten?	
<input type="checkbox"/> Utredning og eventuelt oppfølging <input type="checkbox"/> Rådgivning til foreldre, ansatte, pårørende eller nærpersoner <input type="checkbox"/> Annet	
<b>Opplysninger om helse</b>	
Fastlege og legekantor: _____	
Nedsatt syn? JA    NEI    Sjekket dato: _____	
Nedsatt hørsel JA    NEI    Sjekket dato: _____	
Har du vært eller er du under utredning av spesialisthelsetjenesten? JA    NEI    Dato: _____	
<u>Om du har krysset JA på noen av de ovennevnt kan du spesifisere her:</u>	
<b>Aktuelle vedlegg</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kartlegginger fra skole/bhg</li><li>• Utredningsrapporter fra spesialisthelsetjenesten/Statped/Opplæringscenter</li><li>• Epikrise</li><li>• Journalnotat fra lege/sykehus</li></ul>	
<b>Samtykke til samarbeid</b>	
<input type="checkbox"/> Helseyskepleier <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten <input type="checkbox"/> Psykisk helseteam <input type="checkbox"/> Familieteamet <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Barnehagen	<input type="checkbox"/> Skolen <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Andre (spesifiser)
Sted, Dato, Underskrift søker (dersom over 15 år)	
<b>Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig</b>	



## Fylles ut dersom søker er under 18år

### Opplysninger om foresatte

#### Personopplysninger om foresatt 1

Fornavn, mellomnavn

Etternavn

Adresse

Postnummer

Poststed

Mobil

Yrke

E-post

Behov for tolk

- Ja  
 Nei

Hvilket språk:

#### Personopplysninger om forelder 2

Fornavn, mellomnavn

Etternavn

Adresse

Postnummer

Poststed

Mobil

Yrke

E-post

Behov for tolk

- Ja  
 Nei

Hvilket språk:

#### Omsorgssituasjon:

- Bor sammen med begge foreldrene  
 Bor fast sammen med forelder 1  
 Bor fast sammen med forelder 2  
 Delt fast bosted hos forelder 1 og 2

Fosterhjem

Ansvarlig Barnevernstjeneste: \_\_\_\_\_

Institusjon

Eventuell annen informasjon

### Barnehage/skole

Barnehage/skole

Tlf



Pedagogisk leder/kontaktlærer:	
Tidspunkt for oppstart i norsk barnehage/skole:	
Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen? Ja      Nei	Eventuelt med hvem?
Hvem tok initiativet til henvisningen?	