

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

Henvisning til synspedagog

Opplysninger om henviser

Henviser/instans	Telefon
Kontaktperson	
Sted og dato samt underskrift fra henviser	

Henvisningsgrunn

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Svaksynt | <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa |
| <input type="checkbox"/> Blind | <input type="checkbox"/> Synsfeltutfall |
| <input type="checkbox"/> Hjerneslag | <input type="checkbox"/> Daiabetes retinopati |
| <input type="checkbox"/> Aldersrelatert makuladegenerasjon | <input type="checkbox"/> Nystagmus |
| <input type="checkbox"/> Grå stær | <input type="checkbox"/> Blefarofimose |
| <input type="checkbox"/> Grønn stær | <input type="checkbox"/> Mobilitet |
| <input type="checkbox"/> Skjeling | <input type="checkbox"/> Annet (beskriv): |

Opplysninger om søker

Personopplysninger

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



Bakgrunnsinformasjon

Grunn for henvisning

Gi en kort beskrivelse av utfordringene/grunn for henvisningen.

Hvilke hjelp ønskes fra synspedagog?

- Utredning og eventuelt oppfølging
- Rådgivning til foreldre, ansatte, pårørende eller nærpersoner
- Annet

Opplysninger om helse

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: _____

Om du har krysset JA på noen av de ovennevnt kan du spesifisere her:

Aktuelle vedlegg

- Kartlegginger fra skole/bhg
- Utredningsrapporter fra spesialisthelsetjenesten/Statped/Oplæringscenter
- Epikrise
- Journalnotat fra lege/sykehus

Samtykke til samarbeid

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Helsesykepleier | <input type="checkbox"/> Skolen |
| <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten | <input type="checkbox"/> BUP |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helseteam | <input type="checkbox"/> Videregående skole |
| <input type="checkbox"/> Familieteamet | <input type="checkbox"/> Andre (spesifiser) |
| <input type="checkbox"/> Fastlege | |
| <input type="checkbox"/> Barnehagen | |

Sted, Dato, Underskrift søker (dersom over 15 år)

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



Fyll ut dersom søker er under 18 år	
Opplysninger om foresatte	
Personopplysninger om foresatt 1	
Fornavn, mellomnavn	Etternavn
Adresse	
Postnummer	Poststed
Mobil	
Yrke	E-post
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket språk:
Personopplysninger om foresatt 2	
Fornavn, mellomnavn	Etternavn
Adresse	
Postnummer	Poststed
Mobil	
Yrke	E-post
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket språk:
Omsorgssituasjon:	
<input type="checkbox"/> Bor sammen med begge foreldrene <input type="checkbox"/> Bor fast sammen med forelder 1 <input type="checkbox"/> Bor fast sammen med forelder 2 <input type="checkbox"/> Delt fast bosted hos forelder 1 og 2	<input type="checkbox"/> Fosterhjem Ansvarlig Barnevernstjeneste: <input type="checkbox"/> Institusjon <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Eventuelt med hvem?
Hvem tok initiativet til henvisningen?	