



## Henvisning

# Pedagogisk psykologisk Tjeneste

LOGOPED FOR BARN/UNGDOM 0-16 ÅR

Besøksadresse: Skåregata 101  
5528 Haugesund  
Telefon: 52 74 34 80  
E-post: [ppt.kontoret@haugesund.kommune.no](mailto:ppt.kontoret@haugesund.kommune.no)

Postadresse: Postboks 2160  
5504 Haugesund

Unntatt offentlighet Offl § 13, jfr. fvl § 13.1.1

Rev. april 2022

<b>HENVISENDE INSTANS (KAN OGSÅ VÆRE FORESATTE):</b>		
Navn:	Telefon:	
Stilling:		
<b>BARNEHAGE/SKOLE:</b>		
Instans:	Kontaktperson:	
e-post:	Kontaktlærer/avdelingsleder:	
Organisasjonsnummer:	Klasse/avdeling:	
<b>OPPLYSNINGER OM BARNET:</b>		
Etternavn:	Fornavn, mellomnavn:	Personnr (11 siffer):
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
Kjønn:	Fastlege til barnet:	
Nasjonalitet:	Behov for tolk <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilket språk;	
Er hørsel kontrollert? NB: Hørsel må kontrolleres før henvisningen sendes <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, dato		Diagnoser evt medisinske utfordringer:
Er syn kontrollert? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, dato		
<b>OPPLYSNINGER OM FORELDRE/har daglig omsorg for barnet</b>		
<b>Forelder I</b>		
Etternavn:	Fornavn, mellomnavn:	Personnr (11 siffer):
Adresse:	Postnr:	Poststed:
E-post:	Mobil:	
Nasjonalitet:	Behov for tolk <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilket språk;	
Daglig omsorg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Delt	
<b>Forelder II</b>		
Etternavn:	Fornavn, mellomnavn:	Personnr (11 siffer):
Adresse:	Postnr:	Poststed:
E-post:	Mobil:	
Nasjonalitet:	Behov for tolk <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilket språk;	
Daglig omsorg	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Delt	

### Henvisningsgrunn

Uttalevansker

Forsinket språkutvikling

Stemmevansker

Taleflytvansker

Annet

Gi en beskrivelse av vanskene (gi gjerne eksempler):

### Kryss av:

Har barnet vært hos øre-nese-halslege?

Ja  Nei

Har barnet hatt logoped tidligere?

Ja  Nei

Er barnet tospråklig?

Ja  Nei

a) Har barnet morsmålsundervisning/tospråklig lærer

b) Er barnet kartlagt på sitt morsmål?

c) Hvilket morsmål har barnet?

Hva er iverksatt av tiltak:

1. OPPLYSNINGER FRA FORELDRE. Må også fylle ut samtykke, se under.		
a. Hva ønsker dere hjelp til av logoped		
b. Har du/dere vært/er dere i kontakt med andre instanser/fagpersoner (lege, helsestasjon, barneverntjenesten, andre) – relevante rapporter legges ved.		
2. OPPLYSNINGER FRA BARNET – Må også fylle ut eget samtykke ved 15 år, se under.		
a. Barnets egen motivasjon for læring		
b. Barnets egen opplevelse av mestring		
c. Trivsel på skolen/i barnehagen		
d. Barnets egen beskrivelse av vansken?		
3. ANNEN RELEVANT INFORMASJON		
4. SAMTYKKE FRA FORELDRE– skal foreligge på henvisningstidspunktet		
<b>Samtykker til samarbeid med:</b>	<b>X</b>	Jeg/vi samtykker, ved å signere på dette skjemaet, til henvisning til logoped, og at opplysninger i dette skjema, samt gjennom logopedens sitt arbeid med nye og tidligere lagret informasjon, kan oppbevares av PPT. Foreldre har etter Forvaltningsloven innsynsrett i alle papirer, også henvisninger. Samtykket varer i ett år om gangen og kan trekkes tilbake etter ønske ved skriftlig henvendelse til PPT. Ungdom fra 15 år må samtykke til henvisning til logoped.
Barnehage/skole		
BUP/ HABU/REHAB		
Barnevernstjenesten		
Helsestasjon		
Fastlege/helsetjeneste		
PPT		
Andre:		
<b>Samtykke til lydopptak:</b>		Jeg/vi samtykker til at det kan bli gjort lydopptak i kartleggingen, der det anses som hensiktsmessig.
<b>Foresatte I</b>	<b>Sted:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Foresatte II</b>	<b>Sted:</b>	<b>Dato:</b>
<b>Elev (15 år)</b>	<b>Sted:</b>	<b>Dato:</b>

**HENVISENDE INSTANS:**

**Dersom eleven/barnet er under omsorg av barneverntjenesten må signatur av ansvarlig i barnevernet foreligge:**

Barnevernstjenesten i:

Ansvarlig/kontaktperson

Sted:

Dato:

Rektor/styrer

Sted

Dato