

**Henvisningsskjema til logopedtjenesten**

Unntatt fra offentligheten Offentleglova § 13

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opplysninger om eleven** | | | |
| Etternavn: | Fornavn, mellomnavn: | | Fødselsnummer: |
| Adresse: | Postnummer: | | Poststed: |
| Barnehage/skole: | Avdeling/trinn: | | Nasjonalitet: |
| Hørsel og syn skal være kontrollert før henvisning. Ved henvisning for uttalevansker eller forsinket språkutvikling skal hørsel være kontrollert maks 6 måneder før henvisning. Dette er foresatte sitt ansvar. | | | |
| Syn og hørsel er undersøkt:  Ja  Nei | | Resultat av syn- og hørselsundersøkelse: | |
| **Opplysninger om foresatte** | | | |
| Personopplysninger om foresatt 1 | | | |
| Navn: | | | Mobil: |
| Adresse: | | | Arbeidssted: |
| Behov for tolk:  Ja  Nei | | | Ev. hvilket språk: |
| Personopplysninger om foresatt 2 | | | |
| Navn: | | | Mobil: |
| Adresse: | | | Arbeidssted: |
| Behov for tolk:  Ja  Nei | | | Ev. hvilket språk: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hvem har daglig omsorg for barnet? | Foresatt 1  Foresatt 2  Begge | Fosterhjem  Institusjon |
| Har foresatte delt foreldreansvar? | Ja  Nei | Annet Hvis nei må dokumentasjon vedlegges. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnehage/skole** | | |
| Barnehage/skole: | | Tlf.nr: |
| Pedagogisk leder/kontaktlærer: | | Tlf.nr: |
| E-post: |
| Har PPT eller logoped vært konsultert i forkant av henvisningen?  Ja  Nei | Hvis ja, med hvem og hvilken dato? | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bakgrunn for henvisning (sett kryss på hovedårsak til henvisning)** | | | |
| Språkvansker | kommunikasjonsvansker  Ordproduksjon  Setningsproduksjon | | Uttale/artikulasjon  Forståelsesvansker |
| Stamming/taleflyt  Løpsk tale | Beskriv: | | |
| Leppe – kjeve – ganespalte | Beskriv: | | |
| Stemmevansker | Beskriv: | | |
| Kort beskrivelse av bakgrunn for henvisning og barnets utfordringer: | | | |
| **Hvilke tjenester ønskes av logoped (sett kryss)** | | | |
| Logopedvurdering/logopedisk hjelp Utredning  Veiledning/rådgivning til fortsatte  Annet (beskriv  Veiledning/rådgivning til skole | | | |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe barnets vansker? Gi en beskrivele av omfang og effekt av disse: | | | |
| Har barnet hatt hjelp av logoped tidligere?  Ja  Nei | | | |
| **Hjelpeinstanser** | | | |
| Er barnet tidligere henvist til PPT?  Ja Hvis ja, hos hvem:  Nei | | | |
| Andre hjelpeinstanser involvert:  PPT  Helsestasjon  Barnevernstjenesten  BUP  Fastlege | | Psykolog  Statped  Habiliteringstjenesten  Fysioterapitjenesten  Tiltak for funksjonshemmede  Andre … (beskriv) | |
| **Vedlegg** | | **Sett kryss** | |
| Vedlagt følger:  Kopi til foresatte | | Resultater av syn-/hørselstest foretatt av optiker/øre- nese-halslege (skal vedlegges)  Pedagogisk rapport (skal vedlegges)  Tras (skal vedlegges gjeldende barnehage)  Alle med  Språk 5-6  Språk 6-16 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift fra barnehage/skole** | |
| Underskrift ped.leder/kontaktlærer: | Dato: |
| Underskrift styrer/rektor: | Dato: |
| **Samtykke til henvisningen fra foresatte** | |
| Er barnet kjent med henvisningen? Ja Nei | |
| Underskrift foresatt 1: | Dato: |
| Underskrift foresatt 2: | Dato: |