

**ENEBAKK KOMMUNE**

**Kultur, oppvekst og skole**

Pedagogisk-Psykologisk tjeneste (PPT)

              Unntatt offentlighet, jfr. Off. lova § 13, ledd nr. 1.

**Henvisningsskjema til logoped for barnehage og skole** (01.03.2024)

|  |
| --- |
| *Enebakk PPT sender saker i retur når innsendte papirer er mangelfulle og/eller ikke gir tilstrekkelig og nødvendig informasjon.* |
| **Henvisningen er drøftet og avklart med** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                  (navn på logoped)  Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Følgende skal vedlegges:** | |
| Kartlegging TRAS ol, eller 6-16 | Hørselsundersøkelse |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fornavn barn** | |  | | | | **Etternavn barn** | | | | | | |
| Fødselsnummer | |  | | | | | Kjønn | | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | | | Tlf: | |
| Barnehage/skole | |  | | | | | Avdeling/Klasse | | | | | |
| Morsmål |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | |  |  | | | |  | |
| **Foresatt 1** | | Fornavn | | | Etternavn | | | | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | Telefon | | | |
| Epost | |  | | | | | | Mor | | Far | | Annet |
| Stilling/arbeidssituasjon | | |  | | | | | | | | | |
| **Foresatt 2** | | Fornavn | | | Etternavn | | | | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | Telefon | | | |
| Epost | |  | | | | | | Mor | | Far | | Annet |
| Stilling/arbeidssituasjon | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Foreldreansvar | Mor | Far | Annet |
| Behov for tolk | Nei | Ja | Språk: |

|  |
| --- |
| **Bakgrunn for henvisning** |
| ShapeUttale av språklyder (bokstaver)                                                       **Det kan settes flere kryss**  ShapeStemme  ShapeStamming/løpsk tale (taleflyt)  ShapeAnnet- spesifiser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Diagnose(r) relevante for læring: |
| **Andre instanser barnet er henvist til/vært i kontakt med/utredet av**    ShapeAnnen logopedtjeneste  ShapeFysio- og ergoterapitjeneste  ShapeForebyggende psykisk helseteam  ShapeBarne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)  ShapeBarnehabilitering  ShapePPT Enebakk, eller i annen kommune  ShapeOppfølging fra helsesykepleier  ShapeBarnevernstjenesten  ShapeAndre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Hva ønskes av logoped**  ShapeOppfølging/veiledning i hvordan trene hjemme ved språklydsvansker.  ShapeOppfølging/veiledning i hvordan trene hjemme ved stemmevansker (pedagoger kan også ta kontakt)  ShapeOppfølging/veiledning i hvordan trene hjemme ved stamming/løpsk tale.  ShapeOppfølging/veiledning i hvordan trene hjemme for Rulle-r, inntil 6 timer  ShapeVeiledning i barnehage/skole, for implemetering av tiltak innen språkstimulering, i ordinære rammer, inntil 4 timer |
| Eventuelt kommentarer: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrifter** | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Dato             Barnehagelærer/pedagog/lærer | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Dato                 Styrer/rektor |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykkeerklæring** | |
| Foresattes/verges samtykkeerklæring    Vi er enige i at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    blir henvist til PP-tjenestens logoped, i Enebakk for oppfølging, samt at nødvendig informasjon kan utveksles mellom henvisende instans og PP-tjenesten. Vi gjør oppmerksom på at opplysningene i henvisningsskjemaet vil bli elektronisk registrert. Registreringen vil skje i henhold til de gjeldende bestemmelsene som er nedfelt i personopplysningsloven.    **Foresatte samtykker til at PPT kan samarbeide/innhente informasjon fra følgende instanser:**    ShapePrivat logopedtjeneste  ShapeFysio- og ergoterapitjeneste  ShapeForebyggende psykisk helseteam (FPHT, Helse barn og unge)  ShapeBarne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)  ShapeBarnehabilitering  ShapePPT i annen kommune  ShapeOppfølging fra helsesykepleier og undersøkelse syn/hørsel  ShapeBarnevernstjenesten  ShapeSkolen/barnehagen der barnet går  ShapeAndre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Underskrift foresatt 1:    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Dato | Underskrift foresatt 2:    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Dato |
| Undertegnede kan når som helst trekke tilbake samtykke. Det må gjøres skriftlig. | |