



SKIEN KOMMUNE

PP-tjenesten

Henvisning logopedisk hjelp Barnehage/Grunnskole

Postadresse:
Postboks 158
3701 Skien

Besøksadresse:
Kongensgate 31
5. etasje i Kverndalen

Telefon: 35581570

E-post: ppt@skien.kommune.no
Nettside: www.skien.kommune.no



REGIONHOVEDSTAD VESTFOLD OG TELEMAR

Unntatt offentlighet Jfr. Off.l §13		Fylles ut av PPT	
		Mottatt: Saksnr:	
Opplysninger om eleven			
Etternavn:		Fornavn:	
Adresse:		Postnr. og sted:	
<input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente			
Nasjonalitet:		Morsmål:	

Foresatte			
Foresatt 1: Etternavn		Fornavn	
Adresse		Postnr. og sted:	
Foresatt 2: Etternavn		Fornavn	
Adresse:		Postnr. og sted:	
Barnet har fast bosted hos:		Kryss av:	
Mor og far		Hvem har foreldreansvar :	
Mor		Mor og far	
Far		Mor	
Andre		Far	
		Andre	
Hvem består den nærmeste familie av til daglig? (Spesifiser hvis det er delt omsorg)			
Søsken/halvsøsken/andre i familiens omsorg:			

Barnehage/Skole		
Barnehage/Skole:		Avd/Trinn:
Pedagogisk leder/Kontaktlærer:		Tlf.:
E-postadresse:		
Hvem i PPT har henvisningen vært drøftet med?		
Hvem tok initiativ til henvisningen?		

For tospråklige:			
Barnet har bodd i Norge siden:	Barnet har bodd i Skien siden:	Mottar eleven tospråklig fagopplæring?	Mottar eleven grunnleggende norskopplæring?
Har foresatte behov for tolk?		Hvilket språk?	

Henvisningsgrunn	
<input type="checkbox"/> Språkforståelse (barnet/eleven strever med f.eks. å få med seg innholdet i beskjeder, begrepsforståelsen, ta i mot instruksjoner etc.)	<input type="checkbox"/> Taleflyt (stamming – barnet/eleven gjentar lyder, stavelser, ord etc, løpsk tale – barnet/eleven kan ha hurtig taletempo, skrifter samtale tema ofte etc.)
<input type="checkbox"/> Talespråk (barnet/eleven strever med f.eks. setningsoppbygging, setningsmelodi, ordforklaring, formuleringsevne etc.)	<input type="checkbox"/> Stemmevansker (barnet/eleven strever med f.eks. heshet, svak stemme, utfordringer knyttet til pust etc.)
<input type="checkbox"/> Språklydvansker/uttale (barnet/eleven strever med språklyder.) <i>Uttale utredes ved 4,6 årsalder. Barn forventes å ha språklydene på plass ved 4-årsalder (med unntak av R-lyd), og er mer mottakelige for undervisning ved denne alderen. R-lyden jobbes med våren 2. trinn, grunnskole.</i>	<input type="checkbox"/> Leppe-, kjeve-, ganespalte (i disse sakene må det legges ved melding/rapport fra Statped/Øre-nese-hals/lege etc.)
Utfyllende beskrivelse av barnets språklige utfordringer:	
Hva ønskes det hjelp til?	
<input type="checkbox"/> Utredning/kartlegging <input type="checkbox"/> Veiledning vedrørende barnet/elevens vansker	
Utfyllende beskrivelse:	
Andre samarbeidspartnere	
<input type="checkbox"/> BUP/SAF <input type="checkbox"/> HABU <input type="checkbox"/> Ergo/fysioterapi, navn: <input type="checkbox"/> Fastlege, navn:	<input type="checkbox"/> Barneverntjenesten <input type="checkbox"/> Sykehuset Telemark, avd. <input type="checkbox"/> Helsesykepleier, navn: <input type="checkbox"/> Andre, hvem:
Kartlegginger og vurderinger	
Resultater og vurderinger av gjennomførte kartlegginger beskrives og legges ved	
<input type="checkbox"/> TRAS – OBLIGATORISK for barnehage <input type="checkbox"/> Språk 6-16 – OBLIGATORISK for skole <input type="checkbox"/> Annet – beskriv:	
Tiltak barnehagen/skolen har prøvd knyttet til vansker eleven er henvist for (dette forventes i forkant av en utredning)	
Hvilke tiltak har vært prøvd ut?	
Hvor lenge har tiltakene vært prøvd?	
Beskriv effekten tiltakene har hatt? (vedlagt notat/resultater)	

UNDERSKRIFT AV BARNEHAGE/SKOLE
Navn på barnehage/skole:
Adresse:
Dato og underskrift styrer/rektor:
<i>Henvisningen blir sendt i retur ved mangelfull utfylling</i>

OPPLYSNINGER FRA FORESATTE	
Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn for henvisning:	
Beskriv barnets sterke sider:	
Hva er barnets interesser?	
Når startet vanskene?	
Hva sier barnet selv om vanskene?	
Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser):	
Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet:	
Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenesten eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.	
Dersom barnet er diagnostisert av andre instanser, vennligst oppgi diagnosen:	
Syn er sjekket når? Resultat:	Hørsel er sjekket når? Resultat:
Har barnet/eleven mottatt logopedhjelp før?	Barnets motivasjon for undervisning med logoped?

Samtykke til henvisning og underskrift fra foresatte	
Vi er kjent med hele henvisningen m/vedlegg på totalt sider.	
Dato	Underskrift foresatt 1
Dato	Underskrift foresatt 2
Dato	Underskrift barn over 15 år



Samtykke – tverrfaglig samhandling

Navn på barn/elev:

Fødselsnummer:

Jeg/vi gir med dette samtykke til at nedenfor nevnte etater løses fra sin taushetsplikt for å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester.

Kryss av:	
<input type="checkbox"/>	Helsesøster
<input type="checkbox"/>	Skole
<input type="checkbox"/>	Barnehage
<input type="checkbox"/>	PP-tjenesten
<input type="checkbox"/>	Barnevernstjenesten
<input type="checkbox"/>	Jordmor
<input type="checkbox"/>	Sosialtjenesten/NAV
<input type="checkbox"/>	Sykehus/BUP
<input type="checkbox"/>	Fastlege
<input type="checkbox"/>	Politiet
<input type="checkbox"/>	Andre:

Samtykke gjelder ett år fra underskriftens dato.

- Jeg/vi er kjent med at jeg/vi på hvilket som helst tidspunkt kan trekke tilbake dette samtykket ved skriftlig melding.

Dette samtykket er gitt under forutsetning av at underskriverne på forhånd er gjort kjent med tema/opplysninger/vurderinger som kan drøftes med samarbeidende instanser.

Der foreldre bor sammen, er det tilstrekkelig at den ene skriver under. Er det delt omsorg skal begge skrive under.

Dato/Underskrift foresatte 1:

Dato/Underskrift foresatt 2: