**PP-tjenesten**

# Henvisning logopedisk hjelp

Barnehage/grunnskole

Postadresse: Besøksadresse:

Postboks 158 Kongensgate 31

3701 Skien 5. etasje i Kverndalen

Telefon: 35581570

E-post: ppt@skien.kommune.no

Nettside: [www.skien.kommune.no](http://www.skien.kommune.no/)



**Telefontid:**

Logopedene har telefontid fredager mellom kl. 13.00 og 15.00. Tilbudet er både for barnehage/skole og foresatte. Det er ønskelig med en henvendelse for å drøfte saker anonymt i forkant av en eventuell henvisning.

NB: Gjelder ikke i skolens ferier

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Unntatt offentlighet Jfr. Off.l §13 | | | | | |  | *Fylles ut av PPT*    Mottatt:  Saksnr: | |
| **Opplysninger om eleven** | | | | | |  | | |
| Etternavn: | | | | | Fornavn: |  | | Født: |
| Adresse: | | | | | | Postnr. og sted: | | |
|  |  | Gutt |  | Jente | |  | | |
|  |  |
| Nasjonalitet: | | | | | | Morsmål: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Foresatte** | | | | | | | | |
| Foresatt 1: Etternavn | Fornavn | | | | Tlf mobil: | Tlf arbeid: | | |
| Adresse | | | | | Postnr. og sted: | | | |
| Foresatt 2: Etternavn | Fornavn | | | | Tlf mobil: | Tlf arbeid: | | |
| Adresse: | | | | | Postnr. og sted: | | | |
| Barnet har fast bosted hos: | Kryss av: | | | Hvem har foreldreansvar : | | Kryss av: | | |
| Mor og far |  |  |  | Mor og far | |  |  |  |
| Mor |  |  |  | Mor | |  |  |  |
| Far |  |  |  | Far | |  |  |  |
| Andre |  |  |  | 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: | Tlf.: |
| Pedagogisk leder/Kontaktlærer:  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** | | | | |
| Har saken vært drøftet med logoped (f.eks. telefontid) JA NEI | | | | |
| **Taleflyt** (stamming – barnet/eleven gjentar **Stemmevansker** (barnet/eleven strever med  lyder, stavelser, ord etc, løpsk tale – f.eks. heshet, svak stemme)  barnet/eleven kan ha hurtig taletempo, skrifter  samtaletema ofte etc.)  **Språklydvansker/uttale** (barnet/eleven  strever med språklyder.)  Fonetiske prosesser (vanligvis /r/ og /s/ med lesp, tiltak i forhold til r-lyden settes i gang fra våren i 1.trinn, tiltak i forhold til /s/ med lesp settes i gang etter nytt tannsett er kommet på plass).  Fonologiske prosesser (barnet erstatter lyder som for eksempel K/T, G/D, L/J). De **fleste**  språklydene forventes å være på plass ved 4 års alder. | | | | |
| Utfyllende beskrivelse av barnets språklige utfordringer (ønskelig med eksempler på barnets uttale dersom det er hovedgrunnen for henvisning): | | | | |
| **Hva ønskes det hjelp til?** | | | | |
| Utredning/kartlegging  Veiledning vedrørende barnet/elevens vansker | | | | |
| Utfyllende beskrivelse: | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Andre samarbeidspartnere** | | |  | | |
|  |  | BUP/SAF  HABU  Ergo/fysioterapi, navn:  Fastlege, navn: |  |  | Barneverntjenesten  Sykehuset Telemark, avd.  Helsesykepleier, navn:  Andre, hvem: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Kartlegginger og vurderinger**  Resultater og vurderinger av gjennomførte kartlegginger beskrives og legges ved |
| TRAS – **OBLIGATORISK** for barnehage Språk 6-16 – **OBLIGATORISK** for skole Annet – beskriv:    (Unntak gjelder for uttale av /r/ og /s/ med lesp. Er det kun bekymringer knyttet til uttale av disse lydene trenger ikke Språk 6-16 legges ved. |

|  |
| --- |
| **Tiltak barnehagen/skolen har prøvd knyttet til vansker eleven er henvist for** *(****dette forventes i forkant av en utredning).* Kan legges ved som vedlegg.** |
| 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: |
| ***Henvisningen blir sendt i retur ved mangelfull utfylling*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OPPLYSNINGER FRA FORESATTE. Kan legges som vedlegg ved behov.** | |
| 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. | |
| Som en del av kartleggingen benyttes det taleopptak som senere transkriberes. Dette slettes når transkriberingen er gjennomført.  **Vi er kjent med at det vil tas opptak, og godkjenner dette ved å huke av her:** | |
| 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:** |  |
|  | Helsesøster |
|  | Skole |
|  | Barnehage |
|  | PP-tjenesten |
|  | Barnevernstjenesten |
|  | Jordmor |
|  | Sosialtjenesten/NAV |
|  | Sykehus/BUP |
|  | Fastlege |
|  | Politiet |
|  | 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: