



Henvisning til Pedagogisk psykologisk tjeneste (Logoped)

Hva trenger du/dere hjelp av logopeden til? Kryss av		
Språkvansker: Uttale/artikulasjon: <input type="checkbox"/> Språkforståelse: <input type="checkbox"/> Språklig produksjon: <input type="checkbox"/>		Beskriv:
Taleflytvansker: Stamming: <input type="checkbox"/> Løpsk tale: <input type="checkbox"/>		Beskriv:
Stemmevansker		Beskriv:
Munnmotoriske vansker: Oralmotoriske vansker: <input type="checkbox"/> Spise- og svelgevansker: <input type="checkbox"/>		Beskriv:
Opplysninger om barnet/eleven		
Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer:
Adresse 1:		Postnummer og poststed:
Adresse 2:		Postnummer og poststed:
Epostadresse:		Tlf. nr.:
Opplysninger om foresatte 1		
Etternavn:	Fornavn:	Arbeidssted:
Adresse, postnummer og poststed:		Tlf. nr.:
		Epostadresse:
Behov for tolk? (sett kryss): Ja nei		Evt. i hvilket språk?:

Opplysninger om foresatte 2		
Etternavn:	Fornavn:	Arbeidssted:
Adresse, postnummer og poststed:		Tlf. nr.:
		Epostadresse:
Behov for tolk? (sett kryss): Ja nei		Evt. i hvilket språk?:
Opplysninger om skole		
Skole:		Tlf. nr.:
Kontaktlærer:		Tlf. nr.:
Henvisningen er drøftet med Logoped, dato:		Navn på logoped:
Opplysninger fra skole/andre		
Gi kort beskrivelse av gjennomførte tiltak evt andre vansker/utfordring eleven har.		
Opplysninger fra foresatte		
Gi kort beskrivelse av gjennomførte tiltak evt andre vansker/utfordring/diagnose eleven har:		
Opplysninger om syn og hørsel		
Fungerer syn normalt? (sett kryss) Ja: ___ Nei: ___		Fungerer hørsel normalt? (sett kryss) Ja: ___ Nei: ___ Har eleven hatt mange mellomørebetennelser som liten? (sett kryss) Ja: ___ Nei: ___
Evt. hvilken lege er konsultert i fht syn/hørsel?		
Samarbeidspartnere		
Har du eller dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, ppt, audiopedagog eller andre)?		
Har eleven sakkyndig vurdering fra PPT: Ja: ___ Nei: ___		
Samtykke til samarbeid gitt av foresatte		Sett kryss
Skolehelsetjeneste		
Fastlege/spesialisthelsetjeneste		
Pp-rådgiver		
Audiopedagog		

Tidligere logoped, hvem?	
Andre	
Jeg samtykker til: <ul style="list-style-type: none"> ○ at lyd og videoopptak kan gjennomføres i forbindelse med kartlegging og utøvelse av logopedisk arbeid ○ at foto, lyd- og videoopptak kan benyttes til intern veiledning blant logopedene i PPT 	Opptakene oppbevares forskriftsmessig så lenge det er nødvendig eller til saken avsluttes for å kunne dokumentere kartlegging/ behandlingen av deres barn. Opptakene slettes også dersom du/dere trekker tilbake samtykket.
Underskrifter og samtykke til henvisningen	
Foresatte1:	Dato/sted:
Foresatte2:	Dato/sted:
Elev over 15 år:	Dato/sted:
Underskrift kontaktlærer:	Dato/sted:
Underskrift styrer/ rektor:	Dato/sted:
Vedlegg	
Følgende dokumenter legges ved henvisningen:	
Kopi til foresatte	
Postadresse:	Bærum kommune, PPT, 1304 Sandvika
Kontoradresse:	Hamangskogen 60, 1338 Sandvika
Epost:	pptjenesten@baerum.kommune.no
Telefon:	67 50 40 50