



Henvisning til logoped

Personalialia

Etternavn	Fornavn	Personnummer
Adresse:	Postnr./sted	Mobilnr.
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Morsmål	Opprinnelsesland
Barnehage/skole	Ped.leder/kontaktlærer	Avdeling/årstrinn

Foresatt 1

Etternavn:	Fornavn:	Mobilnr.:
Adresse:	Postnr./sted:	Telefonnr.:

Relasjon: mor far andre

Behov for tolk: Ja Nei Hvis ja, hvilket språk:

Foresatt 1

Etternavn:	Fornavn:	Mobilnr.:
Adresse:	Postnr./sted:	Telefonnr.:

Relasjon: mor far andre

Behov for tolk: Ja Nei Hvis ja, hvilket språk:

Foreldreansvar

mor far Begge andre:

Henvisende barnehage/skole/andre instanser

Instans:	
Adresse:	
Dato	Sted
Underskrift av ped.leder/kontaktlærer:	Underskrift av leder for henvisende instans:

Henvissningsgrunn (Sett kryss på hovedårsak til henvisning)

<input type="checkbox"/> Språkvansker	<input type="checkbox"/> Kommunikasjonsvansker <input type="checkbox"/> Ordproduksjon <input type="checkbox"/> Setningsproduksjon	<input type="checkbox"/> Uttale/artikulasjon <input type="checkbox"/> Forståelsesvansker
<input type="checkbox"/> Stamming/taleflyt	<input type="checkbox"/> Stamming <input type="checkbox"/> Løpsk tale Beskriv taleflyten:	
<input type="checkbox"/> Leppe - kjeve - ganespalte	Beskriv:	
<input type="checkbox"/> Stemmevansker	Beskriv:	
<input type="checkbox"/> Sosiale/emosjonelle vansker	<input type="checkbox"/> Samhandlingsvansker <input type="checkbox"/> Uro/konsentrasjon <input type="checkbox"/> Emosjonelle vansker	
<input type="checkbox"/> Spesifikke fagvansker	<input type="checkbox"/> Lese- og skrivevansker	

Andre opplysninger om barnet/eleven (sett kryss)

Sensoriske vansker

Syn: Dato for undersøkelse: _____ Undersøkt av: _____

Hørsel: Dato for undersøkelse: _____ Undersøkt av: _____

<input type="checkbox"/> Motoriske vansker	<input type="checkbox"/> Finmotorikk <input type="checkbox"/> Grovmotorikk	<input type="checkbox"/> Munnmotorikk <input type="checkbox"/> Fysisk funksjonshemming
---	---	---

Annet (beskriv)

Dersom barnet/eleven er diagnostisert av andre instanser, oppgi gjerne diagnose

Diagnose:	Utredende instans:
-----------	--------------------

Hvilke tjenester ønskes av logoped (sett kryss)

<input type="checkbox"/> Logopedvurdering/logopedisk hjelp	<input type="checkbox"/> Veiledning/rådgivning til barnehagen/skolen <input type="checkbox"/> Utredning	<input type="checkbox"/> Annet (beskriv)
<input type="checkbox"/> Veiledning/rådgivning til foreldre/foresatte		

Ressursteam:

Barnet/eleven ble drøftet i ressursteam, dato:	Drøftet med:
Hvilke tiltak er prøvd ut: (Beskriv type/omfang/organisering)	

Vedlagt kartlegging/tester fra barnehage/skole:

<input type="checkbox"/> TRAS	<input type="checkbox"/> Språk 5-6	<input type="checkbox"/> Lese- og skrivetester
<input type="checkbox"/> Alle med	<input type="checkbox"/> Språk 6-16	
<input type="checkbox"/> Andre tester/observasjoner (spesifiser)		
<input type="checkbox"/> Epikrise fra lege		

Foresatte/elev samtykker i henvisning til logoped

Samtykkeerklæring for innhenting av taushetsbelagte opplysninger:

Jeg/vi samtykker i at logoped kan innhente taushetsbelagte opplysninger vedr.:	
Navn:	Personnummer
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis JA, kryss av for hvilke instanser nedenfor:	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> Øre, nese og hals avd. <input type="checkbox"/> BUP - Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> HAB - Avd. for barnehabilitering <input type="checkbox"/> Statped <input type="checkbox"/> Barnevern <input type="checkbox"/> Andre	

Underskrives av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar.

Sted/dato:	
Underskrift – mor/verge:	Underskrift – far/verge:
Underskrift – elev over 15 år:	