

HENVISNING TIL LOGOPED I STRAND KOMMUNE

Henvisningen gjelder:

- Førskolebarn og elever i grunnskolen t.o.m. 10. trinn (Fyll ut pkt. 1-8)**
- Voksne over 19 år (Fyll ut pkt. 9-13)**

Skjemaet sendes til:

Strand kommune
Postboks 33
4126 Jørpeland

Førskolebarn og elever i grunnskolen t.o.m. 10. trinn (fyll inn det som er relevant)

1. Henvissende instans

Foresatte Barnehage/skole Andre:

2. Opplysninger om barnet/elev

Navn		Personnummer (11 siffer)	
Adresse			
Nasjonalitet	Morsmål	Andre språk i familien	
Kjønn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente			

3. Opplysninger om foresatte/familie

Navn foresatt 1 og kontaktperson		Personnummer (11 siffer)	
Adresse			
Telefon		Relasjon til barnet	
Navn foresatt 2		Personnummer (11 siffer)	
Adresse			
Telefon		Relasjon til barnet	

Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, på hvilket språk?
----------------------------------------------------------------------------	----------------------------

4. Barnehage/skole

Navn på barnehage/skole	Telefon
Pedagogisk leder/kontaktlærer	Avdeling/klasse

5. Bakgrunn for henvisning

Begrunnelse for henvisningen og beskrivelse av vansken (bruk eventuelt eget ark)

6. Andre utfyllende opplysninger

Er hørselen sjekket hos spesialist? Hvis ja, legg ved audiogram/resultat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Godkjenner lyd/bildeopptak som verktøy i den logopediske kartleggingen/oppfølgingen dersom det er aktuelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Annet

7. Samtykke til samarbeid med aktuelle instanser

<input type="checkbox"/> Barnehage/skole <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Fastlege/sykehus <input type="checkbox"/> Andre:	
Sted/dato	Underskrift foresatt
Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.	

Vedlegg

Dersom det foreligger relevant dokumentasjon er det ønskelig at denne legges ved henvisningen. Når barnehager henviser skal TRAS legges ved.

8. Underskrifter

Sted/dato	Underskrift foresatt
Sted/dato	Underskrift henvisende instans

Voksne over 19 år (fyll inn det som er relevant)

9. Opplysninger om søker

Navn	Personnummer (11 siffer)
Adresse	
Nasjonalitet	Morsmål
Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Kontaktperson dersom andre enn søker	Telefon
Relasjon til søker	

10. Bakgrunn for henvisning

Hvem henviser	Telefon
Begrunnelse for henvisningen og beskrivelse av vansken	

11. Andre utfyllende opplysninger

Er hørselen sjekket hos spesialist? Hvis ja, legg ved audiogram/resultat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Godkjenner lyd/bildeopptak som verktøy i den logopediske kartleggingen/oppfølgingen dersom det er aktuelt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Annet

12. Samarbeid med andre

Samtykke til samarbeid med andre instanser dersom det er relevant (f.eks. sykehjem, dagsenter, fastlege/sykehus, voksenopplæring, PPT, annet) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kommentar	
Sted/dato	Underskrift søker

Vedlegg

Dersom det foreligger relevant dokumentasjon som utredninger, epikriser, rapporter o.l. er det ønskelig at dette legges ved henvisningen.

13. Underskrifter

Sted/dato	Underskrift søker
Sted/dato	Underskrift henvisende instans