



Henvisning til pedagogisk psykologisk tjeneste

Henvisningen gjelder

Etternavn _____	Født/Personnr _____
Fornavn _____	<input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente
Adresse _____	
Postnr/sted _____	Tlf.nr. _____

Skole/barnehage _____	Trinn _____
Kontaktperson _____	Tlf.nr. _____

Mor/foresatt _____	Nasjonalitet _____
Adresse _____	Tlf.nr. priv _____
Postnr/sted _____	Tlf.nr. jobb _____
	Tlf.nr. mobil _____
Far/foresatt _____	Nasjonalitet _____
Adresse _____	Tlf.nr. priv _____
Postnr/sted _____	Tlf.nr. jobb _____
	Tlf.nr. mobil _____
Søsken	
Navn/født _____	Navn/født _____
Navn/født _____	Navn/født _____

Er det behov for tolk? Nei Ja Hvilket språk:

Tilbakemelding fra PPT (fylles ut etter inntaksmøtet)

Behandlet i inntaksmøte _____	Evt. kommentarer _____
Ansvarlig fagperson _____	
Kontakt er etablert _____	
Kontakt vil bli tatt innen _____	
Satt på venteliste til _____	
Levanger, den _____	
For PPT/stempel	

Årsak til henvisningen (kryss av)

Kommunikasjon	<input type="checkbox"/>	Taleflyt	<input type="checkbox"/>	Uttale	<input type="checkbox"/>
Lese/skriveutvikling	<input type="checkbox"/>	Atferd	<input type="checkbox"/>	Samspill	<input type="checkbox"/>
Konsentrasjon	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>		
Spesielle fag <input type="checkbox"/> - _____					
Beskriv					

Hvilke tjenester ønskes det samarbeid om (kryss av)

Foreldreveiledning	<input type="checkbox"/>	Personalveiledning	<input type="checkbox"/>	Refleksjon med lærer/team	<input type="checkbox"/>
Observasjon av barn/elev	<input type="checkbox"/>	/av gruppe	<input type="checkbox"/>	Trinn/gruppe/miljø	<input type="checkbox"/>
Elevsamtaler	<input type="checkbox"/>	Utredning	<input type="checkbox"/>	Viderehenvisning	<input type="checkbox"/>
Utviklingsarbeid/kompetanseheving <input type="checkbox"/>					
Annet <input type="checkbox"/> Beskriv:					

Vedlegg (kryss av)

<i>Fra skole/barnehage - Pedagogisk rapport med vedlegg (momentliste utarbeidet)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Kartleggingsprøver i norsk og matematikk (eks. STAS, Carlstein, Språk 6-16, M-prøver)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Ved språkvansker hos førskolebarn vedlegges – Observasjoner (TRAS, Askeladden)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Fra helsestasjon – Anamnese, resultat fra siste syns- og hørselstest, SATS</i>	<input type="checkbox"/>

Henvisningen er vurdert av (kryss av)

Spes.ped.team <input type="checkbox"/>	-	Ressursteam <input type="checkbox"/>	-	Barnehagestyrer/rektor/enhetsleder <input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------------------	---	---

Henvisende instans

Skole/barnehage/foreldre/andre _____			
<i>sted/dato</i>	<i>kontaktlærer/ ped.leder/andre</i>	<i>rektor/styrer/ enhetsleder</i>	<i>foreldre</i>

Ved henvisning fra barnehage og skole **skal** enhetsleder/rektor/styrer skrive under

Samtykke

Undertegnede samtykker i at PPT gjør nødvendige undersøkelser og gir veiledning og rådgivning i saken. Vi er kjent med at personopplysninger blir oppbevart i PPTs arkiv, og at vi som foresatte har rett til innsyn i barnets mappe.		
<i>sted/dato foresatte</i>	<i>sted/dato foresatte</i>	<i>barn hvis over 15 år</i>

Må underskrives av foresatte

Utvidet samtykke fra foresatte

Barn og familietjenesten, Levanger består av PPT, helsestasjon og barnvern. Disse vil være naturlige samarbeidspartnere i enkelte saker. Vårt samtykke innbefatter også at PP-tjenesten kan samarbeide med andre kommunale tjenester som helsestasjon, barnevern og fysioterapeut i saken ja <input type="checkbox"/> - nei <input type="checkbox"/>
--