

HENVISNING TIL PEDAGOGISK – PSYKOLOGISK TJENESTE

Personen som henvises:			
Etternavn:		Fornavn, mellomnavn:	
Personnr: (11 siffer)		<input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente	Telefon/mobil:
Adresse:		Postnr:	Poststed:
Opprinnelsesland:		Morsmål:	Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Søsken (navn og fødselsår):			
Skole / barnehage:			
Skole, barnehage, helsestasjon m.v.			Årstrinn/gruppe/avdeling
Foreldre/foresatte/verge 1			
Etternavn:		Fornavn:	Født:
Adresse:		Telefonnr.:	Mobilnr.:
Relasjon: <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Fosterhjem <input type="checkbox"/> Verge <input type="checkbox"/> Annet; beskriv		Foreldreansvar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Daglig omsorg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Foreldre/foresatte/verge 2			
Etternavn:		Fornavn:	Født:
Adresse:		Telefonnr.:	Mobilnr.:
Relasjon: <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Fosterhjem <input type="checkbox"/> Verge <input type="checkbox"/> Annet; beskriv		Foreldreansvar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Daglig omsorg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Bosituasjon:			
Bor hos: <input type="checkbox"/> Begge foreldre <input type="checkbox"/> en av foreldrene <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> pendler mellom mor og far			
<input type="checkbox"/> Egen bolig <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> spesifiser			
Fastlege:			
Navn:			
Individuell plan koordinator:			
Navn:			

Andre tjenester:

<input type="checkbox"/> Tidl. henvist PPT	<input type="checkbox"/> Helsestasjonen	<input type="checkbox"/> Familiesenteret	<input type="checkbox"/> Barneverntjenesten
<input type="checkbox"/> Fysioterapeut/ Ergoterapeuttjenesten	<input type="checkbox"/> Boveiledertjenesten	<input type="checkbox"/> Kvalifiseringstjenesten	<input type="checkbox"/> NAV
<input type="checkbox"/> ABUP	<input type="checkbox"/> HABU	<input type="checkbox"/> Flyktningetjenesten	<input type="checkbox"/> Voksenpsykiatri
	<input type="checkbox"/> Kompetansesenter	<input type="checkbox"/> Statlig mottak	
	Hvilket?	<input type="checkbox"/> Andre tjenester	
		Hva?	

Henvisningsgrunn: Prioritert rekkefølge. Skriv den viktigste først, bruk 1, 2, 3.

- Sensoriske vansker (Syn, hørsel)
- Motoriske vansker (Bevegelse, koordinering, skriftforming, fysisk funksjonshemming)
- Kommunikasjonsvansker (Språk, tale, stemme, stamming)
- Fagvansker (Lesing, skriving, matematikk, annet)
- Psykososiale vansker (Atferd, samhandling, kontakt, følelsesmessig, konsentrasjon, skolevegring)
- Generelle lærevansker (Psykisk utvikl.hem., sen utvikling, underyting)
- Andre vansker (Problemer i elevens/barnets miljø, annet)
- Vedlikehold av ferdigheter § 4A

Beskrivelse av henvisningsgrunn:

Bruk om nødvendig eget ark.

Hva ønskes klarlagt av PPT

Vedlegg:

Vedlegg merket * skal legges ved. (Gjelder når skole/barnehage er henvisende instans)

- * Pedagogisk rapport skole/barnehage
- * Kartleggingsprøver i norsk (Carlsten, Arbeid med ord, NLS ev. andre) m/oppsummering
- * Språk 6 – 16
- * Elevarbeid – skriftprøve, friskrivingsoppgave
- * Kartleggingsprøver i matematikk M-prøvene eller Bjørn Myhre m/oppsummering
- * § 4A IOP/ped. rapport
- * § 4A Vedtak om rett til opplæring på grunnskoleområde
- * TRAS (Bhg.)
- * Alle med (Bhg.)
- * Hørsel / synstest fra helsesøster Dato:
- 20 spørsmål om språkferdigheter
- Logos
- UDIRs kartleggingsprøve i grunnleggende norsk for minoritetspråklige
- ADDES

Hvem tok initiativ til henvisningen:

Foresatte:

Barnehage:

Skole:

Helsestasjonen:

Psyk.tjeneste:

Andre:

.....

Kontaktperson:

Kontaktlærer/førskolelærer:

Navn:

Tlf.nr.

Mail.adr.

Skole; Spes.ped.koordinator:

Navn:

Tlf.nr.

Mail.adr.

Barnevernet:

Navn:

Tlf.nr.

Mail.adr.:

Helsesøster:

Navn:

Tlf.nr.

Mail.adr.:

Barnehagestyrer/ped.leder:

Navn:

Tlf.nr.

Mail.adr.:

SAMTYKKE: Vi / jeg samtykker i henvisningen til PPT og er kjent med opplysninger gitt på skjema og vedlegg

Underskrifter: Når begge foreldre/foresatte har foreldreansvar, bør både mor og far undertegne ¹

Sted:	Dato:	Foresatte/myndig person:
---	---	--

Sted:	Dato:	Henvisende instans: Styrer/enhetsleder/fastlege/helsesøster:
-----------------------	-----------------------	--

Hvis skole/barnehage er henvisende instans skal foresatte/voksne ha kopi av:

- Henvisningsskjema
- Rapportskjema – barnehage / skole

Fylles ut av PPT:

Mottatt dato:	Journalnr.:	Saksansvarlig:
Svarbrev sendt foresatte:	Svarbrev sendt henvisende instans:	

¹Elever over 7 år har rett til å uttale seg i saker med personlige forhold. Samtykke skal underskrives av foreldre eller andre med foreldreansvar for barn/elever under 15 år. Har eleven fylt 12 år, skal eleven si sin mening før henvisningen underskrives. Har eleven fylt 15 år, skal eleven underskrive selv. Foreldre/foresatte/verge bør medunderskrive. (jr. barnelova § 30 og § 31-33)