



## HENVISNING TIL LOGOPED I PP-TJENESTEN

### Kriterier og presiseringer for logoped-henvisning i Grimstad PPT:

- Hørsel **må** være sjekket.
- Barn **må** være fylt 4 år før det meldes til logoped.  
**Unntak** her er barn med stamming/taleflytvansker.
- For barn i barnehagealder **må** TRAS tas og legges ved. For de eldste barna i barnehagen **må** Språk 5-6 legges ved henvisningen.
- For barn i skolealder **må** språk 6-16 fylles ut og legges ved henvisningen.
- Barn som stammer ønskes henvist så tett opptil stammingens start som mulig.
- For mange norske barn kommer /R/ og /S/ på plass av seg selv innen barnet fyller 7 år (naturlig modning).
- Barnet **må** være fylt 7 år før det meldes inn behov for å arbeide med R-lydvansker. Lesping henvises først etter at barnet har fylt 7 år og nye fortenner oppe og nede er helt utviklet.
- Minoritetsspråklige barn **må** være kartlagt i norskkunnskaper (begreper, ordforråd, etc.) før de henvises for uttalevansker. Språket bør være rimelig på plass før en arbeider med "finpussen".
- Det presiseres at bruk av dette skjemaet kun medfører henvisning til logoped ved PPT Grimstad. Dersom det også er behov for utredning relatert til vansker av ikke-logopedisk art så må det sendes en egen ordinær henvisning til PP-tjenesten relatert til dette.

*Alle førskolebarn vil få sitt tilbud i sin barnehage eller på logopedens kontor.  
Skolebarn får undervisningen på sin hjemmeskole.*

*Foresatte kan henvise på eget initiativ.*



Grimstad

Pedagogisk – psykologisk tjeneste  
Rådhuset / postboks 123  
4891 Grimstad  
Telefon 37 25 03 00

Unntatt Offentlighet  
Offentlighetsloven §13, jf. Fvl. §13

<b>Barn/ungdom som henvises:</b>			
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):			
<b>Barnehage/skole:</b>			
Pedagogisk leder/kontaktlærer			Trinn/gruppe
<b>Hvis barnehage, skole barnet skal begynne på:</b>			
<b>Foreldre/foresatte/verge 1</b>			
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
<b>Foreldre/foresatte/verge 2</b>			
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
<b>Hørsel må være undersøkt. Når er dette gjort?</b>			
<b>Er syn undersøkt? (eventuelt når?):</b>			
<b>Eventuelle resultater av hørsels- og synsundersøkelsene:</b>			



Grimstad

Pedagogisk – psykologisk tjeneste  
Rådhuset / postboks 123  
4891 Grimstad  
Telefon 37 25 03 00

Unntatt Offentlighet  
Offentlighetsloven §13, jf. Fvl. §13

**Har barnet tidligere fått hjelp av logoped. Eventuelt når og henvisningsgrunn:**

--

**Meldingsårsak**

<input type="checkbox"/> Store fonologiske vansker	<input type="checkbox"/> Uttalevansker
<input type="checkbox"/> Stemmevansker	<input type="checkbox"/> Leppe-kjeve-ganespalte
<input type="checkbox"/> CI (Cochlea Implantat)	<input type="checkbox"/> Stammering/Taleflytvansker

**Fylldig beskrivelse av vanskene:**

--

Foreligger diagnose:

Ja  Nei Hvis ja, spesifiser

Hvem har tatt initiativ til henvisningen :

**Obligatoriske vedlegg for barnehagebarn:**

TRAS  Språk 5-6 (for de eldste barna i barnehagen)

**Obligatoriske vedlegg for skoleelever:**

Språk 6-16

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

**Sted:**

.....  
.....  
.....

**Dato:**

.....  
.....  
.....

**Foresatte/myndig person:**

.....  
.....  
.....

**Sted:**

.....

**Dato:**

.....

**Henvisende instans- enhetsleder**

.....