# Henvisningsskjema logoped

Sendes på papir til Pedagogisk utviklingstjeneste, Rådhusveien 3, 1940 Bjørkelangen.

## Personalia:

|  |  |
| --- | --- |
| Etternavn: | Navn: |
| Adresse: |
| Fødselsdato:  | Morsmål: |

## Foresatt/Verge:

|  |  |
| --- | --- |
| Etternavn: | Navn: |
| Adresse: |
| Telefon: | Fødselsdato: |
| Behov for tolk:* Ja
* Nei
 | Morsmål: |
| Opprinnelsesland: |
| * Mor
* Far
 | * Verge/fosterforelder
* Annet - beskriv
 |

## Foresatt/Verge:

|  |  |
| --- | --- |
| Etternavn: | Navn: |
| Adresse: |
| Telefon: | Fødselsdato: |
| Behov for tolk:* Ja
* Nei
 | Morsmål: |
| Opprinnelsesland: |
| * Mor
* Far
 | * Verge/fosterforelder
* Annet - beskriv
 |

### **Barnet bor hos** (Hvis kun den ene forelderen har foreldreansvar ber vi om dokumentasjon på dette):

|  |  |
| --- | --- |
| Mor Far* Daglig omsorg
* Har foreldreansvar
* Skal ha møteinnkallinger/informasjon
 | Mor Far* Daglig omsorg
* Har foreldreansvar
* Skal ha møteinnkallinger/informasjon
 |

Annet (gjelder bosituasjon):

## Henvisningsgrunn

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Utydelig uttale og/eller erstatning av flere lyder (eks. /k/ blir /t/, /l/ blir /j/)[ ] Uttale av enkelte språklyder, /r/, /s/[ ] Stamming og/eller løpsk tale[ ] Leppe-, kjeve- og ganespalte | [ ] Dysfagi (spise- og svelgevansker)[ ] Stemmevanske[ ] Dysartri[ ] Annet, beskriv:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Tidligere tester og utredninger:

|  |  |
| --- | --- |
| * Hørsel er sjekket

Når:Av hvem:Resultat: | Ved henvisning grunnet uttale skal det foreligge hørselstest fra øre-nese-hals lege. |
| * Vurdert/utredet av logoped tidligere

Når:Av hvem:Resultat: |  |
| * Vurdert/utredet av lege

Når:Av hvem:Resultat: |  |
| * Henvist til andre instanser

Hvilke: | For eksempel PPT |

## Skole/barnehage:

|  |  |
| --- | --- |
| Skole/barnehage: | Klasse/avdeling: |
| Kontaktlærer/pedagogisk leder/annen kontaktperson:Navn:Rolle:Kontaktinformasjon: |

## Utdypende informasjon:

|  |
| --- |
| Kort beskrivelse av henvisningsårsak: |
| Andre opplysninger: (f.eks. helse, skolefag, sosialt samspill, når vansken oppstod, konsekvenser av vansken, etc.) |
| Hvilke tiltak har blitt iverksatt eller prøvd ut, og hvilken effekt har dette hatt? |
| Hvilke kartlegginger og/eller tester er gjort?  |
| Henvisning er drøftet i ressursteam (skole) eller anonymt med logoped (barnehage)?[ ]  Ja [ ] Nei |

## Samtykke:

* Jeg/vi samtykker til at barnet/eleven henvises til logopedtjenesten i Aurskog-Høland kommune for logopedisk utredning, veiledning og intervensjon.

Vi samtykker til at logopedtjenesten kan samarbeide med følgende instanser:

* Skole

Relevante samarbeidspartnere krysses av.

For at utredning og intervensjon skal skje på skole/barnehage må det krysses av for disse.

Om barnet også er henvist PPT bes det om samtykke til samarbeid med de.

* Barnehage
* PPT
* Fysioterapi/ergoterapi
* Helsestasjon/helsesykepleier
* BUP
* Habiliteringstjenesten
* Barnevern
* Familie og nettverk
* Ungdomslos
* Barnekoordinator

Samtykket kan, helt eller delvis, trekkes tilbake når som helst.

|  |  |
| --- | --- |
| Sted: | Dato: |
| Underskrift foresatt: |
| Underskrift foresatt: |
| Underskrift elev (hvis over 15): |