



Henvisning til PP-tjenesten			
Unntatt offentlighet jfr. Offl. §13 og fvl. §13			
PERSONALIA Barn/elev:	Etternavn	Fornavn	Mellomnavn
	Fødselsnummer – 11siffer	<input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente	Telefon
	Adresse Kulturbakgrunn: Morsmål:	Postnr. Behov for tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Poststed Botid i Norge:
	SKOLE/ BARNEHAGE	Årstrinn:	Avd
Det ønskes kontakt med PPT angående (sett kryss):		A <input type="checkbox"/> utredning	B <input type="checkbox"/> råd og veiledning
		C <input type="checkbox"/> videre-henvisning	D <input type="checkbox"/> annet
FORESATTE EVT. FOSTERMOR, KVINNELIG VERGE	Etternavn - mellomnavn	Fornavn	Fødselsdato
	Adresse	Tlf. privat/mobil	Mail adr.:
FORESATT/FAR EVT. FOSTERFAR, MANNLIG VERGE	Etternavn- mellomnavn	Fornavn	Fødselsdato
	Adresse	Tlf. privat/mobil	Mail adr.:
Foresatte behov for tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			
FORELDRE-ANSVAR/OMSORGS-SITUASJON	Hvem har foreldreansvaret (Jfr. Barneloven) <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> begge <input type="checkbox"/> andre, hvem:		Sett kryss for daglig omsorg: <input type="checkbox"/> Begge foreldrene <input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far <input type="checkbox"/> Hos en av foreldrene <input type="checkbox"/> En av foreldrene og samboer/ektefelle <input type="checkbox"/> Hos besteforeldre eller annen familie <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem <input type="checkbox"/> Bor på institusjon <input type="checkbox"/> Annet:
	<input type="checkbox"/> Tidligere henvist PPT	<input type="checkbox"/> Helsesøster	<input type="checkbox"/> Barneverntjeneste
EVT. RAPPORT LEGGES VED	<input type="checkbox"/> Hab.tj.	<input type="checkbox"/> BUPP	<input type="checkbox"/> STATPED Hvilken avdeling? <input type="checkbox"/> Annen tjeneste Hvilken?



ANDRE OPPLYSNINGER/ VIKTIGE HENDELSER SOM KAN VÆRE VESENTLIG	Er syn og hørsel undersøkt? Andre helseopplysninger: Samlivsbrudd: <input type="checkbox"/> Alvorlig sykdom i familien: <input type="checkbox"/> Tap av omsorgsperson: <input type="checkbox"/> Flytting: <input type="checkbox"/> Fastlege: Annet:										
FORARBEID SOM ER GJORT FRA HENVISER SKAL LEGGES VED HENVISNINGEN	<input type="checkbox"/> Kartlegging av lese- og skrivevansker <input type="checkbox"/> Kartlegging av matematikkvansker <input type="checkbox"/> Kartlegging/observasjon av atferd <input type="checkbox"/> Pedagogisk rapport <input type="checkbox"/> Saken er drøftet på samarbeidsmøte med PPT før henvisning <input type="checkbox"/> Andre rapporter/epikrise										
BESKRIV PROBLEMATIKKEN RUNDT BARNET (FLERE ALTERNATIVER KAN KRYSSES AV).	<input type="checkbox"/> Kommunikasjon (språk, tale m.m.) <input type="checkbox"/> Lese -og skrivevansker <input type="checkbox"/> Matematikkvansker <input type="checkbox"/> Syn/Hørsel <input type="checkbox"/> Skolevegring/fravær <input type="checkbox"/> Konsentrasjon/oppmerksomhet <input type="checkbox"/> Forsinket utvikling <input type="checkbox"/> Tristhet/hedstemthet <input type="checkbox"/> Tilbaketrukket, engstelig <input type="checkbox"/> Andre utfordringer, beskriv:										
SAMTYKKE OG UNDERSKRIFT	Jeg/vi gir samtykke til at PPT innhenter relevante opplysninger fra, og eventuelt samarbeider med, følgende instanser i utredningsperioden (kryss av for relevante instanser) <table border="1"><tr><td>Navn:</td><td>Fødselsnr.:</td></tr><tr><td>Barnehage/skole</td><td>Habiliteringstjenesten for barn og unge</td></tr><tr><td>Helsestasjon</td><td>Tidligere barnehage/skole/PPT</td></tr><tr><td>Barnevernet</td><td>Fastlege/sykehus</td></tr><tr><td>Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP)</td><td>Andre:</td></tr></table> <p>Er eleven orientert om henvisningen? <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Er foreldre/foresatte enige i henvisningen? <input type="checkbox"/> Ja Underskrift: _____ (Omsorgspersoner med foreldreansvar skal undertegne) Underskrift: _____</p> <p>Er foreldre/foresatte og/eller eleven enig i at det utarbeides en sakkyndig vurdering om barnets/elevens behov? <input type="checkbox"/> Ja</p>	Navn:	Fødselsnr.:	Barnehage/skole	Habiliteringstjenesten for barn og unge	Helsestasjon	Tidligere barnehage/skole/PPT	Barnevernet	Fastlege/sykehus	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP)	Andre:
Navn:	Fødselsnr.:										
Barnehage/skole	Habiliteringstjenesten for barn og unge										
Helsestasjon	Tidligere barnehage/skole/PPT										
Barnevernet	Fastlege/sykehus										
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUPP)	Andre:										
HENVISER	Navn på førskolelærer/lærer/helsestasjon/viktig kontaktperson m.v.: Dato: Underskrift: (virksomhetsleder/styrer)										