 

**Halden og Aremark kommuner**

**Unntatt offentlighet!**

Jfr.Offentlighetsloven kap.3 § 13.Forvaltningsloven § 13

|  |
| --- |
| **Henvisning til Pedagogisk-psykologisk tjeneste**  **Skjema for voksne** |

**Hvilke tjenester ønskes fra Enhet PPT?**

☐ Sakkyndig vurdering av behov for spesialundervisning for voksne

☐ Logopedisk undersøkelse/veiledning

☐ Utredning av Spesifikke lese- og skrivevansker/Dysleksi

Adresse: Familiens Hus, Os allé 4, 1777 Halden

Telefon: 69 17 45 40

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Henvisningen gjelder** | | |
| Fornavn: | Etternavn: | |
| Adresse: | Postnummer: | Poststed: |
| Fødselsnummer (11 siffer): | Kjønn: ☐ Kvinne ☐ Mann | |
| Etnisk bakgrunn: | Morsmål: | Antall år i Norge: |
| Behov for tolk? ☐ Ja ☐ Nei | Hvis ja, oppgi hvilket språk: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontaktperson / pårørende** | |
| Navn: | |
| Telefon: | Relasjon: |
| E-post: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samarbeidspartnere** | |
| Navn: | Telefon: |
| Navn: | Telefon: |
| Navn: | Telefon: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Henvisende instans** | |
| Instans: | |
| Adresse: | |
| Postnummer: | Poststed: |
| Kontaktperson: | Telefon: |
| E-post: | |

|  |
| --- |
| **Hvem tok initiativ til henvisningen?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Opplysninger** |
| **Henvisningsgrunn. Når startet vanskene? Beskriv utfordringene** |
|  |
| **Har vedkommende vært i kontakt med PPT/Logopedtjenesten tidligere?**  Hva bestod evt. denne kontakten av? |
|  |
| **Beskriv hva som er gjort av kartlegging og tiltak** |
|  |
| Alle saker skal drøftes med PPT/Logopedtjenesten før henvisning.  **Når ble saken drøftet med PPT/Logopedtjenesten og med hvem?** |
| Drøftet med:  Dato:  *Henvisningen bør sendes innen 2 måneder fra drøftingsdato* |

|  |
| --- |
| **Annen informasjon av betydning for PPT** |
| ☐ Fastlege **(**navn/legekontor)**:** |

|  |
| --- |
| **Vedlegg** |
| **Følgende dokumentasjon/opplysninger følger vedlagt:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vi/jeg er kjent med de opplysningene som følger denne henvisningen, og vi/jeg samtykker til at PPT kan samarbeide med følgende instanser (sett kryss): | |
| ☐ Fastlege  ☐ NAV  ☐ Fysioterapitjenesten  ☐ Ergoterapitjenesten | ☐ Psykiatritjenesten  ☐ Andre instanser (oppgi navn): |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift** | |
| Sted og dato: | Underskrift (klient): |
| Sted og dato: | Underskrift (henvisende instans): |

**Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake ved skriftlig henvendelse til PPT**