 

**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**