

Henvisning til PP-tjenesten

**0-6 år**

|  |
| --- |
| Hvilke tjenester ønskes fra PPT?  Veiledning    Sakkyndig vurdering      Logoped    Annet |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Postadresse: | Postboks 8001, 4068 Stavanger |
|  |  |
| Besøksadresse: | Torgveien 23, 3. et, 4016 Stavanger |
|  |  |
| Telefon: | 51 50 74 01 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Sendes digitalt i PDF-format |
|  |  |
| Nettside: | www.stavanger.kommune.no |

**Henvisning til PP-tjenesten for barn under**

**opplæringspliktig alder**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnet** | | |
| Personopplysninger | | |
| Fødselsnummer | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Botid i Norge |
| Kjønn  Gutt  Jente | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Henviser** | |  | | | | |
| Navn |  | | | | | |
| Adresse |  | | Postnr |  | | |
| Kontaktperson |  | | | | Telefon |  |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Foresatte** |
| Personopplysninger om foresatt 1 | | | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | | | Etternavn | |
| Adresse | | Postnummer | | Poststed | |
| E-post | | | | | |
| Arbeidssted | | Telefon arbeid | | Mobil | |
| Behov for tolk  Ja   Nei | | | | Hvilket språk: | |
| Personopplysninger om foresatt 2 | | | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | | | Etternavn | |
| Adresse | | Postnummer | | Poststed | |
| E-post | | | | | |
| Arbeidssted | | Telefon arbeid | | Mobil | |
| Behov for tolk  Ja   Nei | | Hvilket språk: | | | |
| **Opplysninger fra barnehagen** | | | | |
| Barnehagens navn | | | Telefon | |
| Avdelingen/gruppens navn | | | | |
| Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen | | | | |
| Hvor lenge har barnet gått i barnehage? | | | | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | | | |

***Opplysninger fra foreldre fylles ut og legges ved henvisningen kun dersom de ønsker et slikt vedlegg***

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra foresatte** |
| Når startet bekymringen? |
| Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser) |
| Hva bekymrer deg/dere nå ved barnet utvikling? |
| Beskriv barnets sterke sider |
| Hva ønsker du/dere PPT skal gjøre, og hva ønsker dere hjelp til? |

|  |  |
| --- | --- |
| Er synet kontrollert?  Ja  Nei | Er hørsel kontrollert?  Ja  Nei |

|  |
| --- |
| Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel? |
| Hvem består den nærmeste familie av til daglig: |

|  |
| --- |
| Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, barneverntjenesten eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke fra foreldre/foresatte**  Samtykke til veiledning, utredning og samarbeid | | |
| **Veiledning og utredning**  Veiledning  Utredning  Sakkyndig vurdering | | |
| **Samarbeid med**  Helsestasjon  Fastlege/spesialisthelsetjenesten  Fysio- og ergoterapitjenesten  Andre | | |
| Dersom andre, hvilke? | | |
| Samtykket må undertegnes av begge foreldrene, dersom begge har foreldreansvar | | |
| Sted | | Dato |
| Underskrift foresatt 1 | | |
| Sted | Dato | |
| Underskrift foresatt 2 | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere, dersom det er ønskelig. | | |

**Underskrift barnehage:**

|  |  |
| --- | --- |
| Sted | Dato |
| Underskrift pedagogisk leder | Mailadresse |
| Sted | Dato |
| Underskrift virksomhetsleder | Mailadresse |