

Henvisningsskjema til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder

Opplysninger om barnet		
Personopplysninger		
Fødselsnummer	Fornavn, mellomnavn	Etternavn
Adresse	Postnummer/poststed	Telefon/Mobil
Nasjonalitet	Morsmål	Hvor lenge har barnet bodd i Norge? _____ år
Kjønn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente		
Foreldre/foresatte		
Personopplysninger om forelder/foresatt 1		
Fornavn, mellomnavn		Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
<input type="checkbox"/> Biologisk mor/far <input type="checkbox"/> Fostermor/-far <input type="checkbox"/> Adopt./steforeldre <input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Foreldreansvar <input type="checkbox"/> Daglig omsorg <input type="checkbox"/> Samvær <input type="checkbox"/> Ikke kontakt	E-post Mobil
Arbeidssted	Telefon arbeid	Telefon privat
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvilket språk:
Personopplysninger om forelder/foresatte 2		
Fornavn, mellomnavn		Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
<input type="checkbox"/> Biologisk mor/far <input type="checkbox"/> Fostermor/-far <input type="checkbox"/> Adopt./steforeldre <input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/> Foreldreansvar <input type="checkbox"/> Daglig omsorg <input type="checkbox"/> Samvær <input type="checkbox"/> Ikke kontakt	E-post Mobil
Arbeidssted	Telefon arbeid	Telefon privat
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvilket språk:

Søsken/halvsøsken/andre i familiens omsorg:

Navn:	Fødselsår:	Gutt/jente:

Henvisende instans:

- Helsestasjon
 Barnehage **NB: Pedagogisk rapport skal alltid følge henvisning fra barnehage**
 Foresatte
 Fastlege
 Andre

Hvilke andre:

Barnehage

NB. Skal kun fylles ut hvis barnet går i barnehage

Barnehagens navn	Telefon
Avdelingen/gruppens navn	
Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen	
Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Eventuelt med hvem?
Hvem tok initiativ til henvisningen?	

Opplysninger fra henvisende instans

Hvilke vansker har barnet? (kryss av)

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Syn | <input type="checkbox"/> Tale |
| <input type="checkbox"/> Hørsel | <input type="checkbox"/> Motoriske vansker |
| <input type="checkbox"/> Språk | <input type="checkbox"/> Psykososiale vansker |
| | <input type="checkbox"/> Annet |

Gi en kort beskrivelse av barnet. Hva er barnets sterke sider? Hva er grunnen for henvisningen? Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport.

Hvilke eventuelle tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse av disse:

Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?

Følgende kartlegginger/tester er gjennomført:

Alle med

Tras

Annen språkkartlegging

Observasjon

Sjekkliste for førskolebarn

Underskrift

Sted

Dato

Underskrift

Samtykke til henvisningen fra foreldre/foresatte

Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar.

Sted

Dato

Underskrift forelder/foresatt 1

Sted

Dato

Underskrift forelder/foresatt 2

Opplysninger fra foreldre/foresatte *NB: Må fylles ut hvis foreldre/foresatte er henvisende instans.*

Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen:

Beskriv barnets sterke sider:

Når startet vanskene?

Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser):

Fungerer synet normalt?

- Ja
 Nei

Fungerer hørsel normalt?

- Ja
 Nei

Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel?

Hvem består den nærmeste familie av til daglig:

Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet:

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

Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre:

Samtykke til samarbeid	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Oppvekstteamet <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> Psykisk helse <input type="checkbox"/> Fastlege /spesialisttjeneste; Navn: _____ <input type="checkbox"/> Barnehage <input type="checkbox"/> Andre	
Hvilke andre:	
Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar	
Sted	Dato
Underskrift forelder/foresatt 1	
Sted	Dato
Underskrift forelder/foresatt 2	
Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.	

Sendes til:

PP-tjenesten i Lunner kommune

Sandsvegen 1

2740 Roa

Skal sendes som papirutskrift