

**HENVISNING TIL PPD MIDT-FINNMARK IKS**

| Opplysninger om eleven  |                     |           |
|---|---------------------|-----------|
| Personopplysninger  |                     |           |
| Fødselsnummer   | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse   | Postnummer          | Poststed  |
| Nasjonalitet  | Morsmål             | Mobil     |
| Kjønn   |                     |           |
| <input type="checkbox"/> Gutt<br><input type="checkbox"/> Jente |                     |           |

| Foreldre  |                |                |
|---|----------------|----------------|
| Personopplysninger om forelder 1                            |                |                |
| Fornavn, mellomnavn   | Etternavn      |                |
| Adresse   | Postnummer     | Poststed       |
| Mobil   |                |                |
| Arbeidssted   | Telefon arbeid | E-post         |
| Behov for tolk  |                | Hvilket språk: |
| <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei |                |                |
| Personopplysninger om forelder 2                            |                |                |
| Fornavn, mellomnavn   | Etternavn      |                |
| Adresse   | Postnummer     | Poststed       |
| Mobil   |                |                |
| Arbeidssted   | Telefon arbeid | E-post         |
| Behov for tolk  |                | Hvilket språk: |
| <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei |                |                |

| Skole  |                     |
|--|---------------------|
| Skole  | Telefon             |
| Kontaktlærer   |                     |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen?   |                     |

| Opplysninger fra skole - Alle punktene skal fylles ut  |
|--|
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen. Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport.   |
| Hvor lenge har vanskene vedvart ?  |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse: |
| Legg ved kopi av skolens kartleggingsprøver  |
| Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestørrelse): |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?  |
| Hva er barnets sterke sider?   |

| Underskrift fra skole    |      |
|--------------------------|------|
| Sted                     | Dato |
| Underskrift kontaktlærer |      |
| Sted                     | Dato |
| Underskrift rektor       |      |

| Opplysninger fra foreldre   |   |   |
|---|---|---|
| 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):   |   |   |
| <table border="1"> <tr> <td>           Fungerer synet normalt?<br/> <input type="checkbox"/> Ja<br/> <input type="checkbox"/> Nei         </td> <td>           Fungerer hørsel normalt?<br/> <input type="checkbox"/> Ja<br/> <input type="checkbox"/> Nei         </td> </tr> </table> | Fungerer synet normalt?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei  | Fungerer hørsel normalt?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei |
| Fungerer synet normalt?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei  | Fungerer hørsel normalt?<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nei |   |
| Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørselen ?   |   |   |
| 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-<br>/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.  |      |
| Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre:  |      |
| <b>Samtykke til henvisningen fra foreldre</b>   |      |
| Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar   |      |
| Sted  | Dato |
| Underskrift forelder 1  |      |
| Sted  | Dato |
| Underskrift forelder 2  |      |
| <b>Samtykke til samarbeid fra foreldre</b>  |      |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon / skolehelsetjeneste<br><input type="checkbox"/> Barneverntjeneste<br><input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste<br><input type="checkbox"/> Fastlege /spesialisttjeneste<br><input type="checkbox"/> Andre |      |
| Hvilke andre:   |      |
| Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar  |      |
| Sted  | Dato |
| Underskrift forelder 1  |      |
| Sted  | Dato |
| Underskrift forelder 2  |      |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig  |      |