

HENVISNING TIL PPD MIDT-FINNMARK IKS for barn under opplæringspliktig alder

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

[Skriv inn tekst]

Barnehage

Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut.

Barnehagens navn

Telefon

Avdelingen/gruppens navn

Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen

Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?

Ja

Nei

Eventuelt med hvem?

Hvem tok initiativ til henvisningen?

Opplysninger fra henvisende instans

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?

[Skriv inn tekst]

Underskrift fra henvisende instans

Sted

Dato

Underskrift

Samtykke til henvisningen fra foreldre

Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar.

Sted

Dato

Underskrift forelder 1

Sted

Dato

Underskrift forelder 2

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

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):

Fungerer synet normalt?

Ja

Fungerer hørsel normalt?

Ja

[Skriv inn tekst]

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> 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 / skolehelsetjeneste <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste <input type="checkbox"/> Fastlege /spesialisttjeneste <input type="checkbox"/> Barnehage <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.	

[Skriv inn tekst]