

**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 <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		

Skole	
Skole	Telefon
Kontaktlærer	
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 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?  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nei         </td> <td>           Fungerer hørsel normalt?  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nei         </td> </tr> </table>	Fungerer synet normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fungerer hørsel normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Fungerer synet normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fungerer hørsel normalt? <input type="checkbox"/> Ja <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:		

<p>Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.</p>	
<p>Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre:</p>	
<p><b>Samtykke til henvisningen fra foreldre</b></p>	
<p>Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar</p>	
Sted	Dato
Underskrift forelder 1	
Sted	Dato
Underskrift forelder 2	
<p><b>Samtykke til samarbeid fra foreldre</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Helsestasjon / skolehelsetjeneste</p> <p><input type="checkbox"/> Barneverntjeneste</p> <p><input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste</p> <p><input type="checkbox"/> Fastlege /spesialisttjeneste</p> <p><input type="checkbox"/> Andre</p>	
<p>Hvilke andre:</p>	
<p>Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar</p>	
Sted	Dato
Underskrift forelder 1	
Sted	Dato
Underskrift forelder 2	
<p>Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig</p>	