

HENVISNING til Barn og Ungetjenesten i Alta - PPT

Opplysning om henviser			
Henvisende instans:			
Henviser:		Telefon:	
Henvisningen gjelder			
Navn:	Født:	Kjønn: Jente <input type="checkbox"/>	Gutt <input type="checkbox"/>
Adresse:		Telefon:	
Språk:			
<input type="checkbox"/> Norsk		<input type="checkbox"/> Minoritetsspråklig	
Angi hvilket språk:			
Behov for tolk?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nei	

Barnehage/skole	
Barnehage/skole:	Klassetrinn:
Kontaktperson:	Telefon:
Kontaktpersonens e-postadresse:	

Foresatt - mor			
Navn:	Adresse:	Relasjon (sett kryss): Biologisk mor <input type="checkbox"/>	Telefon:
E-postadresse:		Annet: <input type="checkbox"/>	

Foresatt - far			
Navn:	Adresse:	Relasjon (sett kryss): Biologisk far <input type="checkbox"/>	Telefon:
E-postadresse:		Annet: <input type="checkbox"/>	

Angi hvem personen bor sammen med:

Andre omsorgspersoner			
Navn:	Adresse:	Angi Relasjon:	Telefon:
E-postadresse:			

Søsken	
Antall søsken:	Personens plassering i søskenflokk (sett kryss): <input type="checkbox"/> Eldst <input type="checkbox"/> Mellomst <input type="checkbox"/> Yngst <input type="checkbox"/> Annet:

Henvisningsgrunn. Nummerer og sett viktigste årsak som nr. 1
Språkvansker:
 Kommunikasjon

 Stammering/taleflyt

 Uttale

 Ordforråd

Fagvansker:
 Lese

 Skrive

 Matematikk

 Generelle fagvansker

Annet:
 Utsatt/fremskutt skolestart

 Andre vansker (læringsmiljø)

Sosiale/emosjonelle vansker:
 Atferd-/samhandlingsvansker

 Konsentrasjons- og oppmerksomhetsvansker

 Engstelse/tilbaketrukkethet

 Manglende motivasjon

 Plaging/mobbing

 Uro

Andre opplysninger om personen (sett kryss)
 Sensoriske vansker

 Syn

Undersøkt når/av hvem:

 Hørsel

Undersøkt når/av hvem:

 Motoriske vansker

 Finmotorikk

Undersøkt når/av hvem:

 Grovmotorikk

Undersøkt når/av hvem:

 Fysisk funksjonshemming

Undersøkt når/av hvem:

Annet: Beskriv problematikken mer konkret, læringsmiljø, gruppestørrelse, voksentetthet m.m.

Dersom personen er diagnostisert av andre instanser

Diagnose:

Diagnostisert når og av hvem:

Foresattes kommentarer		
Gjennomførte tiltak		
Er personen henvist til andre instanser (eks. helsesøster, barnehab., fysioterapeut, BUP etc)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Vet ikke
Hvis ja, hvilke?		
Det er et krav om at problematikken er drøftet med PPT <u>før</u> henvisning fra barnehage/skole. Når og hvilken fagperson i PPT?		
Beskriv hvilke tilrettelegginger som er iverksatt for å hjelpe personen (individ- og systemnivå) - og effekten av dette		
Spesifisering av oppdrag		
Hva ønskes det hjelp til av PPT (sett kryss)?		
<input type="checkbox"/> Vurdering av behov for spesialpedagogisk hjelp/-undervisning	<input type="checkbox"/> Utredning	
<input type="checkbox"/> Arbeid med språk-/talevansker	<input type="checkbox"/> Videre henvisning	
<input type="checkbox"/> Veiledning/rådgiving		
<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser ønsket bistand:		
Vedlegg		
<input type="checkbox"/> Pedagogisk rapport skal alltid vedlegges		
Språkvansker: <input type="checkbox"/> TRAS <input type="checkbox"/> Språk 4 <input type="checkbox"/> Språk 6-16 Annet, spesifiser:	Fagvansker: <input type="checkbox"/> Alle teller <input type="checkbox"/> M-prøver <input type="checkbox"/> Carlsten lese/skriveprøve <input type="checkbox"/> LOGOS <input type="checkbox"/> Leskartlegging, læringscenteret <input type="checkbox"/> Nasjonale prøver Annet, spesifiser:	Sosiale/emosjonelle vansker: <input type="checkbox"/> ADDES <input type="checkbox"/> Alle med Annet, spesifiser:

Samtykke til henvisning og opplysninger som her er gitt	
Sted og dato:	
Foresattes underskrift:	Foresattes underskrift:
Personens underskrift v/fylte 15 år:	
Er personen fylt 15 år har hun/han ut fra Barnelovens §31 rett til å forbeholde seg fra å gi samtykke til sakkyndig vurdering og spesialundervisning.	
Foresatte og personen selv må gjerne legge ved skriv med tilleggsinformasjon dersom det er ønskelig.	
Ønsker foresatte å gi samtykke til at PPT kan samarbeide og utveksle informasjon med andre instanser? Sett kryss:	
<input type="checkbox"/> Barnehage/skole	<input type="checkbox"/> BUP
<input type="checkbox"/> Barn- og ungetjenesten - helsesøster	<input type="checkbox"/> Fastlege
<input type="checkbox"/> Barn- og ungetjenesten - barneverntjenesten	<input type="checkbox"/> Statped
<input type="checkbox"/> Barn- og ungetjenesten - habiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/> Barnehabilitering
<input type="checkbox"/> Fysioterapitjenesten	
Andre, spesifiser:	
Foresatte kan endre eller trekke tilbake samtykket dersom det er ønskelig.	
Undertegning henvisende instans	
Sted og dato:	
Ped.leder/kontaktlærer:	Styrer/rektor:

Ufullstendige henvisninger vil bli returnert.