



## HENVISNINGSSKJEMA VOKSNE

### Pedagogisk-psykologisk tjeneste

Navn:		Personnr. (11 siff.):	
Kjønn: <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann		Tlf.:	
Adresse:			
Postnr.	Poststed:		
E-post:			
Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Minoritetsspråklig		Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Hvilket språk? _____	
Skole:			Tlf.:
<b>HENVISNINGSGRUNN</b>			
Kryss av for det som er relevant for søkeren		Legg ved eventuell epikrise	
Sensoriske vansker: <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Hørsel <input type="checkbox"/> Annet		Fagvansker: <input type="checkbox"/> Lesing <input type="checkbox"/> Skrivning <input type="checkbox"/> Regning <input type="checkbox"/> Annet	
Andre vansker: <input type="checkbox"/> Motoriske vansker <input type="checkbox"/> Utviklingshemming <input type="checkbox"/> Generelle lærevansker <input type="checkbox"/> Språk/kommunikasjonsvansker <input type="checkbox"/> Annet		Eventuell diagnose:	

**EVENTUELL UTFYLLENDE BESKRIVELSE AV VANSKE(R)****SPESIFISERING AV OPPDRAG**

- Kartlegging/ utredning
- Veiledning/rådgiving
- Logopedvurdering/-undervisning
- Sakkyndig vurdering av eventuelt behov for spesialundervisning etter opplæringslovens § 4A-2.
- Annet

**HENVISENDE INSTANS/HJELPEVERGE DERSOM SØKEREN IKKE SØKER SELV**

Dato:

Sted:

Navn:

Stilling/funksjon:

**SØKERS UNDERSKRIFT**

Dato:

Sted:

Navn:

**SØKER SAMTYKKER TIL AT PPT KAN INNHENTE RELEVANTE OPPLYSNINGER FRA/  
SAMARBEIDE MED FØLGENDE INNSTANSER:**

- NAV
- Fastlege
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk
- Habiliteringstjenesten for voksne
- Pleie- og omsorgstjenesten
- Andre (spesifiser): \_\_\_\_\_
- Helsesøster
- Spesialisthelsetjeneste
- Ergo- og fysioterapitjenesten
- Flyktningetjenesten

**Samtykket kan trekkes tilbake ved skriftlig henvendelse til PPT**