



HENVISNING TIL LOGOPED 0 – 16

DATO FOR HENVISNING: _____ MELDT FRA: _____

BARNETS NAVN	ADRESSE	FØDT	MORSMÅL
	Vei: Postnr: Sted:		

FORELDRE/FORESATTES NAVN	ADRESSE (FYLLES UT HVIS ULIKT BARNETS ADRESSE)	TELEFON DAGTID
	Vei: Postnr: Sted:	
	Vei: Postnr: Sted:	

ÅRSAK TIL HENVISNING	X	BESKRIV VANSKENE – VÆR KONKRET
STAMMING	<input type="checkbox"/>	
LØPSK TALE	<input type="checkbox"/>	
ORDFORRÅD	<input type="checkbox"/>	
VANSKER MED Å BLI FORSTÅTT/ UTTALEVANSKER	<input type="checkbox"/>	
VANSKELIG Å FORSTÅ HVA SOM BLIR SAGT	<input type="checkbox"/>	
SPISE/SVELGVANSKER	<input type="checkbox"/>	
MUNNMOTORISKE VANSKER	<input type="checkbox"/>	
STEMMEVANSKER	<input type="checkbox"/>	

HAR BARNET VANSKER PÅ ANDRE OMRÅDER?	X	BESKRIV VANSKENE KORT – VÆR KONKRET
SYN	<input type="checkbox"/>	
HØRSEL	<input type="checkbox"/>	
MOTORIKK	<input type="checkbox"/>	
SOSIALT SAMSPILL	<input type="checkbox"/>	
ANNET:	<input type="checkbox"/>	

HVA SLAGS HJELP ØNSKES FRA LOGOPED	X	
KONSULTASJON/VEILEDNING	<input type="checkbox"/>	
UTREDNING/VURDERING	<input type="checkbox"/>	
FORELDRERÅDGIVING	<input type="checkbox"/>	
ANNET	<input type="checkbox"/>	

KONTAKTPERSON	SKOLE/BARNEHAGE	TLF DAGTID	MAILADRESSE
HAR ANDRE HJELPEINSTANSER VÆRT KONTAKTET:			
PPT			
ANDRE			

Jeg/vi samtykker i at Logopedtjenesten i Fauske Kommune kan innhente eventuelle nødvendige opplysninger fra samarbeidspartnere.

X ut hvilke:

<input type="checkbox"/>	Barnehage/skole
<input type="checkbox"/>	PPT
<input type="checkbox"/>	Helsestasjon/skolehelsetjenesten
<input type="checkbox"/>	Barnevernstjenesten
<input type="checkbox"/>	BUP
<input type="checkbox"/>	Fastlege
<input type="checkbox"/>	Fysioterapeut
<input type="checkbox"/>	Nordlandssykehuset
<input type="checkbox"/>	Andre, spesifiser:

Dato: _____

Foresattes underskrift:

Henvisers underskrift:
