# Henvisning til logopedhjelp

|  |
| --- |
| **Om barnet:** |
| Fødselsnummer: |  |
| Barnets navn: |  |
| Kjønn: | * gutt
* jente
 |
| Adresse: |  |
| Postnr./ sted: |  |
| Barnehage/skole: |  |
| Kontaktperson barnehage/skole: | *(navn og telefonnummer)* |
| Nasjonalitet: |  |
| Morsmål: |  |
| Behov for tolk? | * Ja
* Nei
 |

|  |
| --- |
| **Om foresatte:** |
| **Foresatt 1** |
| Relasjon til barnet: |  |
| Fornavn og etternavn: |  |
| Adresse: |  |
| Postnr./ sted: |  |
| Telefon: |  |
| Foreldreansvar: | * Ja
* Nei
* Delt
 |
| **Foresatt 2** |
| Relasjon til barnet: |  |
| Fornavn og etternavn: |  |
| Adresse: |  |
| Postnr./ sted: |  |
| Telefon: |  |
| Foreldreansvar: | * Ja
* Nei
* Delt
 |

|  |
| --- |
| **Henvisningsgrunn:** |
| * **Språkforståelse** (barnet strever med f.eks. å få med seg innholdet i beskjeder, begrepsforståelsen, ta i mot instruksjoner etc.)
* **Talespråk** (barnet strever med f.eks. setningsoppbygging, setningsmelodi, ordforklaring, formuleringsevne etc.)
* **Språklyd/uttale** (barnet strever med språklyder)
* **Taleflyt** (stamming – barnet gjentar lyder, stavelser, ord etc, løpsk tale – barnet kan ha hurtig taletempo, skifter samtaletema ofte etc.)
* **Stemmevansker** (barnet strever med f.eks. heshet, svak stemme, utfordringer knyttet til pust etc.)
* **Leppe-, kjeve-, ganespalte** (i disse sakene må det legges ved melding/rapport fra Statped/Øre-nese-hals/lege etc.)
* **Munnmotorikk** (barnet strever med å bevege tungen, spise, svelge, tygge etc.)
 |
| Utfyllende beskrivelse av barnets utfordringer: |
| Er hørsel sjekket? | * Ja
* Nei
 | Dato og resultat: |
| Er syn sjekket? | * Ja
* Nei
 | Dato og resultat: |

|  |
| --- |
| **Hva ønskes fra logopeden?*** Utredning/kartlegging
* Veiledning vedrørende barnets utfordringer
 |
| **Utfyllende beskrivelse:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Foreligger det sakkyndig vurdering på barnet? | * Ja
* Nei
 |
| Hvis ja, fra hvilken instans? |  |

|  |
| --- |
| **Andre samarbeidspartnere:** |
| * BUP
* SAF
* HABU
* PPT
* Statped
* Ergo/fysioterapi, navn:
* Fastlege, navn:
 | * Barnevernstjenesten
* Sykehuset, avd:
* Helsesykepleier, navn:
* Andre, hvem:
 |

|  |
| --- |
| **Andre opplysninger om barnet:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Kartlegginger og vurderinger:***Resultater og vurderinger av gjennomførte kartlegginger beskrives og legges ved* |
| * TRAS – obligatorisk for barnehage
* Språk 5-6 – ikke obligatorisk for barnehage
* Språk 6-16 – obligatorisk for skole
* 20 spørsmål om språkferdigheter – skole
* Annet – beskriv:
 |

|  |
| --- |
| **Tiltak barnehagen/skolen har prøvd knyttet til vansker barnet henvises for:***Legg gjerne ved eget notat* |
| Hvilke tiltak har vært prøvd ut? |
| Hvor lenge har tiltakene vært prøvd ut? |
| Beskriv effekten tiltakene har hatt? |

|  |
| --- |
| **Underskrift fra henviser ( barnehage/skole)** |
| Vi er kjent med hele henvisningen m/vedlegg på totalt sider |
| Dato | Underskrift barnehagen |

|  |
| --- |
| **Samtykke til henvisning og underskrift fra foresatte (minst en foresatt)** |
| Vi er kjent med hele henvisningen m/vedlegg på totalt sider |
| Dato | Underskrift foresatt 1 |
| Dato | Underskrift foresatt 2 |