# 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 |