|  |
| --- |
|  **PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT)** |

Unntatt offentlighet jfr. Fvl. § 13 og offl.§ 13

**HENVISNINGSSKJEMA for VOKSNE** (§ 4A Udir 3-2012)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etternavn:**  | **Fornavn og mellomnavn:** | **Født:** |
| **Adresse:** | **Postnr. og sted:** | **Mobil:** |
| [ ]  **Mann**[ ]  **Kvinne** | **Etnisk bakgrunn:** | **E-post:** |
| **Behov for tolk** [ ]  | **Språk:** | [ ]  **Førerkort** | **Har du hatt kontakt med PPT før** [ ]  |

|  |
| --- |
| **Familieforhold** |
| [ ]  **Gift/samboer**[ ]  **Barn** |

|  |
| --- |
| **Hjelpeverge** |
| **Navn:** | **E-post:** |
|  |  |
| **Adresse:** | **Postnr. og poststed:**  |
| [ ]  **Behov for tolk** | **Hvilket språk?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Skole/Arbeid** |  |
|  |
| **Navn:** | **Tlf:** |
| **Adresse**  |

|  |
| --- |
| **BEHOV/PROBLEMSTILLING/HENVISNINGSGRUNN** |
| 1. **Henvisningsgrunn:**
 |
| Vanskeområde:[ ]  Dagliglivets gjøremål …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..[ ]  Mobilitet………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………[ ]  Språk/kommunikasjonsferdigheter……………………………………………………………………………………………………………………………….[ ]  Lese- og skriveferdigheter…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| 1. **Hvor lenge har du hatt vanskene, og hva er gjort for å hjelpe deg?**
 |
| [ ]  Har fullført grunnskoleopplæringen[ ]  Har hatt spesialundervisning i grunnskolen[ ]  Har hatt videregående opplæring Hva? ……………………………… Hvor?................................ Når?..........................................[ ]  Annen skole …………………………….. |

|  |
| --- |
| 1. **HVEM HAR HJULPET DEG?**
 |
| **Navn/yrke:** | Vedlegg: |
|  |[ ]
|  |[ ]
|  |[ ]
| **Er det utarbeidet individuellplan Ja** [ ]  **Nei**[ ] **Er det opprettet ansvarsgruppe Ja**[ ]  **Nei** [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. **Hva har du behov for?**
 |
| [ ]  **Kartlegging/utredning av vanskene**[ ]  **Konsultasjon/veiledning** [ ]  **Bistand til utvikling av tiltak** [ ]  **Direkte hjelp** [ ]  **Sakkyndig vurdering av rett til grunnskoleopplæring**[ ]  **Annet, spesifiser:** |
| **☐ Primærkontakt****Navn:** **Adresse:** **Tlf:** |

**samtykke**

Jeg gir med dette PPT Meløy samtykke til å innhente opplysninger fra/eventuelt innlede samarbeid med:

[ ]  Lege

[ ]  Sykehus

[ ]  Psykiatritjeneste

[ ]  Arbeidsplass/skole

[ ]  Logoped

[ ]  Fysioterapeut

[ ]  Omsorg

[ ]  Andre ……………………………

Det skal ikke gis flere opplysninger enn det som er nødvendig for PPT’s arbeid.

**Samtykke gjelder i ett år fra dagens dato, og kan når som helst trekkes tilbake.**

Sted: Dato:

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_