

## Henvisning til PPT og OT nedre Hallingdal

- Opplysninger fra elever over 15 år og voksne

Første henvisning       Rehenvisning

Medhenviser			
Skole/instans			
Kontaktperson		Telefon	

Elevens personopplysninger				
Fødselsnummer (11 siffer):		Mann <input type="checkbox"/>	Kvinne <input type="checkbox"/>	Ønsker ikke å oppgi <input type="checkbox"/>
Fornavn		Etternavn		
Adresse				
E-post		Telefon		
Nasjonalitet		Morsmål		
Opplysninger om foresatte er frivillig å fylle ut for ungdom over 15 år				
<b>Navn (foresatt 1)</b>				
Adresse				
E-post		Telefon		
<b>Navn (foresatt 2)</b>				
Adresse				
E-post		Telefon		
Foreldreansvar	Begge <input type="checkbox"/>	Foresatt 1 <input type="checkbox"/>	Foresatt 2 <input type="checkbox"/>	Fosterhjem <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/>

Vedlegg	
	Siste karakterutskrift
	Fraværsoversikt
	Annen relevant dokumentasjon
	Legeerklæring, epikrise, andre helseopplysninger
	Opplysninger fra foreldre
	Pedagogisk rapport

Henvisningsgrunn - Kryss av for utfordringen/-e slik henviser vurderer det. NB! Ved flere kryss, strek under hovedutfordringen.	
Språk-/tale-/kommunikasjon	Motorisk
Lese-/skrive	Medisinsk
Matematikk	Alvorlig skolefravær
Sosialt og/eller emosjonelt	Atferd
Læring	Konsentrasjon og oppmerksomhet
Syn - Sist sjekket:	Hørsel - Sist sjekket:
Annet, spesifiser:	
Når ble du oppmerksom på utfordringen/-e?	

Beskriv din skolesituasjon/arbeidssituasjon	
Hva opplever du at fungerer bra?	
Hva opplever du at fungerer mindre bra?	
Hvordan har du det på skolen/arbeidssituasjon?	Mistrives sterkt <input type="checkbox"/> Mistrives litt <input type="checkbox"/> Trives <input type="checkbox"/> Trives godt <input type="checkbox"/>

Tiltak
Har du fått hjelp fra skolen/arbeidsplassen? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvilken hjelp har du fått?
Hva er din vurdering av hjelpen?

**Evt. andre involverte instanser** (F.eks. helsesykepleier/lege/optiker/BUP/barnevern)

Instans	Når	Evt. kontaktperson

**Hva ønsker du at PPT skal bistå deg med?** – Kryss av

<input type="checkbox"/>	Sakkyndig utredning
<input type="checkbox"/>	Råd og veiledning
<input type="checkbox"/>	Videre henvisning (grunnutredning)
<input type="checkbox"/>	Annen hjelp (spesifiser)
<input type="checkbox"/>	Utfyllende opplysninger:

**Vil det være behov for tolk ved videre samtaler?** – kryss av hvis det er aktuelt

<input type="checkbox"/>	Talespråktolk (Opplys hvis det er behov for tolk på et annet språk enn elevens morsmål)
<input type="checkbox"/>	Tegnspråktolk

**Eventuell underskrift fra opplæringssted**

Dato	Underskrift

**Underskrift fra elev** – For elever under 18 år må samtykke i feltene under krysses av

Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Jeg har fått hjelp til å fylle ut dette skjema og er kjent med innholdet.
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Jeg samtykker til at PPT og OT kan hente inn nødvendige opplysninger i saken. Samtykket brukes for å utforme en sakkyndig vurdering og varer så lenge sakkyndig utredning pågår. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake.
Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Jeg samtykker til at min/mine foresatte får informasjon i saken og blir innkalt til møter. Samtykket varer så lenge sakkyndig utredning pågår. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake.
Dato	Sted	Underskrift

Skjema sendes til:

**PPT og OT i nedre Hallingdal IKS**
**Postboks 93, 3551 Gol**