Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

**Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnet** | | |
| Personopplysninger | | |
| Fødselsnummer | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Mobil |
| Kjønn  Gutt   Jente | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Foreldre** | | | |
| Personopplysninger om forelder 1 | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | | Poststed |
| Mobil | | | |
| Arbeidssted | Telefon arbeid | | E-post |
| Behov for tolk  Ja   Nei | | Hvilket språk: | |
| Personopplysninger om forelder 2 | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | Poststed | |
| Mobil | | | |
| Arbeidssted | Telefon arbeid | | E-post |
| Behov for tolk  Ja   Nei | Hvilket språk: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehage**  Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut. | |
| Barnehagens navn | Telefon |
| Avdelingen/gruppens navn | |
| Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen | |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?  Ja   Nei | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra kommunen som henvisende instans**  Kommunen avgjør om barnehage, helsestasjon og andre instanser i kommunen, selv kan henvise barn til PP-tjenesten, eller om de må gå veien om kommunen, som så selv står for henvisningen. |
| Gi en kort beskrivelse av barnet. Hva er barnets sterke sider? Hva er grunnen for henvisningen? Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport. |
| Hvilke eventuelle tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse av disse: |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift fra kommunen**  Kommunen avgjør om barnehage, helsestasjon og andre instanser i kommunen, selv kan henvise barn til PP-tjenesten, eller om de må gå veien om kommunen, som så selv står for henvisningen. | |
| Sted | Dato |
| Underskrift | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykke til henvisningen fra foreldre** | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 1 | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 2 | |

***Opplysninger fra foreldre fylles ut og legges ved henvisningen kun dersom de ønsker et slikt vedlegg.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foreldre** | |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen: | |
| Beskriv barnets sterke sider: | |
| Når startet vanskene? | |
| Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser): | |
| Fungerer synet normalt?  □ Ja  □ Nei | Fungerer hørsel normalt?  □ Ja  □ Nei |
| Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel? | |
| Hvem består den nærmeste familie av til daglig: | |
| Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet: | |
| Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen. | |
| Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid** | | |
| Helsestasjon / skolehelsetjeneste  Barneverntjeneste  Psykiatritjeneste  Fastlege /spesialisttjeneste  Barnehage  Andre | | |
| Hvilke andre: | | |
| Sted | | Dato |
| Underskrift forelder 1 | | |
| Sted | Dato | |
| Underskrift forelder 2 | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig. | | |