



Henvisning til PP-tjenesten – Barn under opplæringspliktig alder, jfr Barnehagelovens § 19-c

| Opplysninger om barnet | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|
| Fødselsdato: | Fornavn, mellomnavn: | Etternavn: |
| Adresse: | Postnummer: | Poststed: |
| Nasjonalitet: | Morsmål: | Botid i Norge: |
| Gutt <input type="checkbox"/> Jente <input type="checkbox"/> | | |

| Henvisende instans | | |
|--------------------|-------------|-----------|
| Instans: | | |
| Adresse: | Postnummer: | Poststed: |
| Kontaktperson: | | Telefon: |

| Foreldre/foresatte | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| Personopplysninger om forelder/foresatt 1 | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Arbeidssted | Telefon arbeid | Telefon privat |
| Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | Hvilket språk |
| | | Botid i Norge |
| Personopplysninger om forelder/foresatt 2 | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Arbeidssted | Telefon arbeid | Telefon privat |
| Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | Hvilket språk |
| | | Botid i Norge |

| Barnehage | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Barnehagens navn: | Telefon: |
| Avdeling/gruppe: | |
| Pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen: | |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | |

| Opplysninger fra henvisende instans |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 omfang og effekt av disse: |
| Hva ønsker dere PP-tjenesten skal gjøre? |

| Underskrift leder for henvisende instans | |
|------------------------------------------|------|
| Sted | Dato |
| Underskrift | |

Hva blir lagret av opplysninger?

Kommunen vil lagre opplysninger fra søknaden og saksbehandlingen i et databasert system. Bare de personene som skal hjelpe deg, får tilgang til opplysninger om deg. De får bare vite det de trenger for å utføre sitt arbeid og har plikt til ikke å gi opplysninger videre til andre.

Innsynsrett

Du har rett til å få vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg og hvem som har eller har hatt tilgang til disse. Du kan kreve at opplysninger blir rettet eller slettet dersom de inneholder feil.

Henvend deg til lederen for kommunens PP-tjeneste dersom du ønsker innsyn i, retting eller sletting av opplysninger.

Blir ikke opplysningene rettet eller slettet, kan du be om at din kommentar blir registrert sammen med opplysningene.

Samtykke til henvisningen fra foreldre/foresatte

Sted:

Dato

Underskrift forelder 1

Sted:

Dato

Underskrift forelder 2

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

Opplysninger fra foresatte

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 syn normalt?

Ja Nei

Fungerer hørsel normalt?

Ja Nei

Eventuelt hvem 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

Hvilke andre instanser eller fagpersoner har du/dere vært i kontakt med? (Helsestasjon, skolehelsetjeneste, lege, barneverntjeneste eller andre?) Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.

Hva ønsker du/dere PP-tjenesten kan bistå med?

| Det gis samtykke til samarbeid med følgende instanser | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon | <input type="checkbox"/> Fastlege/spesialisthelsetjeneste |
| <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste | <input type="checkbox"/> Barnehage |
| <input type="checkbox"/> Andre (f.eks flyktningetjenesten, Nav, hjemmetjenesten) | |
| Dersom andre, hvilke? | |
| Samtykket må undertegnes av begge foreldrene/foresatte dersom begge har foreldreansvar | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder/foresatt 1 | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder/foresatt 2 | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig | |

| Henvisningen sendes: |
|--------------------------------------------------------|
| Søndre Land kommune PPT Hovsbakken 1 2860 HOV |