



## Melding om behov for logopedisk teneste - barn

Opplysningar		
Personopplysningar		
Fødselsnummer	Fornamn, mellomnamn	Etternamn
Adresse	Postnummer	Poststad
Nasjonalitet	Morsmål	Mobil
Kjønn <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Jente		

Føresette/pårørande		
Mor		
Fornamn, mellomnamn	Etternamn	
Adresse	Postnummer	Poststad
Mobil		
Arbeidsstad	Telefon arbeid	E-post
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Kva for språk:
Far		
Fornamn, mellomnamn	Etternamn	
Adresse	Postnummer	Poststad
Mobil		
Arbeidsstad	Telefon arbeid	E-post
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Kva for språk:

Institusjon (Barnehage, skule)	
Namn på institusjon	Telefon
Namn på avdeling/klasse	Namn på kontaktperson

Meldingsgrunn (set kryss)	Dokumentasjon (skal leggjast ved)
<input type="checkbox"/> Språk	Høyrsestest
<input type="checkbox"/> Uttale	Høyrsestest
<input type="checkbox"/> Stemme	Undersøking av øyre-, nase-, halslege
<input type="checkbox"/> Taleflyt	
<input type="checkbox"/> Anna	

**Beskriv vansken som barnet har. Det må koma tydeleg fram kva logopedtenesta skal vurdere**

**Beskriv utførte tiltak**

**Underskrivast av begge foreldra dersom begge har foreldreansvar**

\_\_\_\_\_  
Stad og dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift elev over 15 år

\_\_\_\_\_  
Mor / verje

\_\_\_\_\_  
Far / verje

Dette er ei melding om at det er behov for logopedtrening. Dersom ikkje treninga fører fram må ein sende ei tilvising til Sogn PPT

## Samtykke til innhenting av opplysningar underlagt teieplikt

Eg / vi samtykkjer i at logoped kan innhente opplysningar underlagt teieplikt vedkomande:	
Namn:	Personnummer:
Ja <input type="checkbox"/>	Dersom Ja, kryss av for kva instansar nedanfor:
Nei <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> Øyre-, nase-, halsavdeling <input type="checkbox"/> BUP – Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/> HAB – avdeling for barnehabilitering <input type="checkbox"/> Statped <input type="checkbox"/> Barnevern <input type="checkbox"/> Andre	

## Underskrivast av begge foreldra dersom begge har foreldreansvar

_____		
Stad og dato		
_____	_____	_____
Underskrift elev over 15 år	Mor / verje	Far / verje