



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

## Henvisning/gjentatt henvisning til PP-tjenesten (skjemaet brukes både ifm. henvisning og gjentatt henvisning)

### Opplysninger om barnet

#### Personopplysninger

Fødselsdato	Fornavn	Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Nasjonalitet	Morsmål	Mobil
Kjønn Gutt    Jente		
<b>Dersom barnet bor i fosterhjem</b>		
Ansvarlig kommune	Telefon	
Adresse	Postnummer	Poststed

### Foresatte

#### Personopplysninger om foresatt 1

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Postnummer	Poststed
Epost		
Arbeidssted	Telefon arbeid	Mobil
Behov for tolk	Hvilket språk	

#### Personopplysninger om foresatt 2

Fornavn	Etternavn	
Adresse	Postnummer	Poststed
Epost		
Arbeidssted	Telefon arbeid	Mobil
Behov for tolk	Hvilket språk:	



Barnehage/skole	
Barnehage/skole	Telefon
Pedagogisk leder/kontaktlærer	
Hvem tok initiativ til henvisningen?	

Opplysninger fra barnehage/skole/andre
Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn for henvisningen, og når vanskene startet:
Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?

Undervisningspersonalet skal vurdere om en elev trenger spesialundervisning, og melde fra til rektor når slike behov er tilstede. Skolen skal ha vurdert og prøvd ut tiltak innenfor det ordinære opplæringsstilbudet med sikte på å gi eleven tilfredsstillende utbytte før det blir gjort en sakkyndig vurdering (Opplæringsloven § 5-4). Vurderinger og tiltak kan dokumenteres i en pedagogisk rapport. **Pedagogisk rapport fra skole/barnehage skal være vedlagt ifm. henvisning/gjentatt henvisning.**

Foresatte er informert om de rettigheter henvisningen medfører (*jfr. Forvaltningsloven*) og samtykker til sakkyndig vurdering (*jfr. Opplæringslova § 5-1 og § 5-3, og Lov om barnehager § 19a og § 19d*). Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar. Informasjon fra PP-tjenesten blir sendt begge foresatte dersom ikke bare den ene har foreldreansvar.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Underskrift foresatt/elev hvis over 15 år

\_\_\_\_\_

Underskrift foresatt

\_\_\_\_\_

Underskrift skole/b.hage  
(rektor/styrer, ev. for rektor/styrer)

\_\_\_\_\_

Underskrift PPT



## Vedlegg til henvisning PPT

Opplysninger fra foresatte	
Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn for henvisning:	
Beskriv barnets/elevens sterke sider:	
Når startet vanskene?	
Særlige merknader i barnets/elevens utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser o.l.):	
Fungerer syn normalt	Fungerer hørsel normalt
Ja      Nei	Ja      Nei
Eventuelt hvor er syn/hørsel undersøkt?	
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/barnevern-tjenester eller andre). Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.	
Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre?	



## Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til tverrfaglig samarbeid og fritak fra taushetsplikt

Vedr: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_

Jeg/vi fritar følgende instanser fra taushetsplikten som den enkelte instansen har og samtykker til utveksling av opplysninger (jf. forvaltningsloven §13 a, helsepersonelloven § 22, opplæringsloven § 15-1, barnehageloven §20, barneverntjenesteloven § 6-7):

<input type="checkbox"/> Barnehage	<input type="checkbox"/> Pedagogisk tjeneste
<input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten	<input type="checkbox"/> Politiet
<input type="checkbox"/> BUP	<input type="checkbox"/> Psykisk helse og avhengighet
<input type="checkbox"/> Helsestasjon	<input type="checkbox"/> Skole/SFO
<input type="checkbox"/> Helsestasjon for ungdom	<input type="checkbox"/> Skolehelsetjenesten
<input type="checkbox"/> Ergo- og fysioterapitjenesten	<input type="checkbox"/> SLT-koordinator
<input type="checkbox"/> Familieteamet	<input type="checkbox"/> Tildelingsenheten
<input type="checkbox"/> Fram	<input type="checkbox"/> Ungdomsklubb/frivillig aktivitet:
	.....
<input type="checkbox"/> Flyktingetjenesten	<input type="checkbox"/> Ungdoms-LOS
<input type="checkbox"/> Miljøarbeidertjenesten	<input type="checkbox"/> Utekontakten
<input type="checkbox"/> NAV	<input type="checkbox"/> Andre (tannlege, fastlege e.l):
	.....

Jeg/vi er gjort kjent med at formålet med utveksling av opplysninger er med på å gi barnet/eleven best mulig tverrfaglig bistand, og at informasjonen som utveksles tematisk skal være begrenset til det som til enhver tid er nødvendig og hensiktsmessig.

Fritak fra taushetsplikten gjelder følgende område:

\_\_\_\_\_

Det skal ikke utveksles informasjon om følgende temaer:

\_\_\_\_\_

Samtykket trer i kraft fra \_\_\_\_\_ og varer til \_\_\_\_\_, evt. revidert \_\_\_\_\_



### Barnets mening

Når barnet er fylt 7 år skal det høres, og det skal legges økende vekt på barnets mening ut fra alder og modenhet. Fra 12 år skal barnets mening tillegges stor vekt. Fra 15 år skal barnet selv samtykke til tverrfaglig samarbeid og fritak fra taushetsplikt.

### Jeg/vi er informert om:

- At samtykket helt eller delvis kan trekkes tilbake når som helst.
- Hva opplysningene skal brukes til, hvem som skal dele opplysningene og på hvilken måte.
- At det er frivillig å gi fra seg opplysninger.

Dato og underskrift ungdom over 15 år: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift foresatt med foreldreansvar: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift foresatt med foreldreansvar: \_\_\_\_\_

Dato og underskrift for Nes kommune: \_\_\_\_\_

*(Koordinerende instans/person i saken)*