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 |
| **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** | |
| Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar. | |
| 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: | | |
| Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar | | |
| Sted | | Dato |
| Underskrift forelder 1 | | |
| Sted | Dato | |
| Underskrift forelder 2 | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig. | | |