|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pedagogisk utviklingstjeneste | | | SØKNADSSKJEMA  Logoped Adresse: Pedagogisk utviklingstjeneste,Rådhusveien 3, 1940 BjørkelangenTlf. 63 85 25 00 | | | | | |
| Skal sendes som papirutskrift! | | | Fylles ut avPed. Utv. tjeneste | Mottatt dato | | **Saksnr. (HK)** | | J.nr. |
| **Kommune: Aurskog-Høland** | | | KONFIDENSIELT | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **GJELDER** | | | | | | | | |
| **Jente/kvinne  Gutt/mann  Etnisk bakgrunn        Språk, mest brukt** | | | | | | | | |
| Etternavn | | | Fornavn og mellomnavn | | | | Fødselsnummer | |
| Adresse | | | Postnr./-sted | | | | Telefon | |
|  | | | | | | | | |
| Dersom fosterhjem - ansvarlig kommune | | | | | | | | |
| Dersom i skole/ barnehage - instansens navn | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| FORELDRE/FORESATT/PÅRØRENDE | | | | | | | | |
| Mors navn / Pårørende 1 | | Tlf. privat | | | Tlf. mobil | | Tlf. jobb | |
| Adresse | | | | | Poststed | | | |
| Biologisk mor  Fostermor  Adoptivmor  Pårørendes relasjon:………………… | Forelderansvar  Daglig omsorg  Samvær  Ikke kontakt | | | | Arbeidssted | | | |
| Mors evt. samboer/ektefelle | | | |
| E-post | | | | | | | | |
| Fars navn / Pårørende 2 | | Tlf. privat | | | Tlf. mobil | | Tlf. jobb | |
| Adresse: | | | | | Poststed | | | |
| Biologisk far  Fosterfar  Adoptivfar  Pårørendes relasjon:…………………… | Forelderansvar  Daglig omsorg  Samvær  Ikke kontakt | | | | Arbeidssted    Fars evt. samboer/ektefelle | | | |
| E-post | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Hva er språk/talevanskene: (Man kan krysse av flere valg) | | | | | | | | |
| Taleflytvansker (stamming og løpsk tale) Dysfagi (spise- og svelgevansker) Afasi Dysartri Uttale (enkelte språklyder, /r/, /s/ el.)  Stemmevanske Apraksi  Uttale (svært utydelig tale) Leppe-, kjeve- og ganespalte Pragmatiske vansker  **Kort beskrivelse av vanskene:** | | | | | | | | |
| **Andre opplysninger/generell fungering:** | | | | | | | | |
| **Er vedkommende allerede vurdert/utredet av logoped** nei ja Hvis ja, logopedrapport medfølger  Navn på logoped \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **Har vedkommende vært til time hos fastlege** nei ja Hvis ja, legeuttalelse medfølger  Navn på fastlege \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **Er vedkommende henvist andre instanser** nei ja  Hvis ja, i så fall hvilke:  Send med eventuelle uttalelser/rapporter fra relevante instanser | | | | | | | | |
| **Har personen annen relevant sykdom/diagnose?** neija  Hvis ja, hvilken: | | | | | | | | |
| For barnehage og skole  **Er barnet henvist PPT i Aurskog-Høland kommune □** nei **□** ja  Hvis ja bes det om samtykke til samarbeid med PPT. | | | | | | | | |
| For barnehage og skole  **Hvilke tiltak har blitt iverksatt eller prøvd ut, og hvilken effekt har dette hatt?** | | | | | | | | |
| For barnehage og skole  **Hvilke kartlegginger og/eller tester er gjort**? Kartlegginger og tester er vedlagt  1 ……………………………………………………………….  2 ……………………………………………………………….  3 ……………………………………………………………….  4 ……………………………………………………………….  5 ………………………………………………………………. | | | | | | | | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Samtykkeskjema fylles ut og legges ved henvisningen (relevante samarbeidspartnere i saken avkrysses)** | | | | | | | | |

**Dato: Underskrift:**

**Dato: Underskrift:**