|  |  |
| --- | --- |
| PEDAGOGISK-PSYKOLIGISK TJENESTE (PPT) | **PPT-Meløy**Postadresse: Gammelveien 5, 8150 ØrnesBesøksadresse: Storhammarn, 8150 ØrnesTlf. 75710780, Mob. 90605089 Fax. 75710781 |
|  |
| **HENVISNINGS****SKJEMA****for voksne****§4A Udir 3-2012** |
| **FYLLES UT MED BLOKKBOKSTAVER!** | **Fylles ut av PPT** | Mottatt dato: | Saksnr: |
| **Gjelder:** | **KONFIDENSIELT** |
| Etternavn:  | For og mellomnavn: | Født: |
| Adresse: | Postnr og sted: | Mobil: |
| [ ] Mann[ ] Kvinne | Etnisk bakgrunn: | E-post: |
| Behov for tolk [ ]  | Språk: | [ ]  Førerkort | Har du hatt kontakt med PPT før [ ]  |
| **Familieforhold:** |
| [ ] Gift/samboer[ ] Barn |
| **Hjelpeverge:** |
| Navn: | E-post: |
|  |  |
| Adresse: | Postnr og poststed:  |
| [ ] Behov for tolk | Hvilket språk? |  |  |
| **Skole/Arbeid:** |  |
|  |
| Navn: |  | Tlf: |
| Adresse  |  |

|  |
| --- |
| **BEHOV/PROBLEMSTILLING/HENVISNINGSGRUNN** |
| 1. **HENVISNINGSGRUNN:**
 |
|  |
|  |
| Vanskeområde:[ ] Dagliglivets gjøremål …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..[ ] Mobilitet………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………[ ] Språk/kommunikasjonsferdigheter……………………………………………………………………………………………………………………………….[ ] Lese og skriveferdigheter…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|  |
| 1. **Hvor lenge har du hatt vanskene, og hva er gjort for å hjelpe deg?**
 |
|  |
| [ ] Har fullført grunnskoleopplæringen[ ] Har hatt spesialundervisning i grunnskolen[ ] Har hatt videregående opplæring Hva? ……………………………… Hvor?................................ Når?..........................................[ ] Annen skole …………………………….. |
| 1. **HVEM HAR HJULPET DEG?**
 |
| Navn/yrke: | Vedlegg: |
|  |[ ]
|  |[ ]
|  |[ ]
| Er det utarbeidet individuellplan Ja [ ] Nei[ ] Er det opprettet ansvarsgruppe Ja[ ]  Nei [ ]  |
| 1. **HVA HAR DU BEHOV FOR?**
 |
| [ ] Kartlegging/utredning av vanskene[ ] Konsultasjon/veiledning [ ] Bistand til utvikling av tiltak [ ] Direkte hjelp [ ] Sakkyndig vurdering av rett til grunnskoleopplæring[ ] Annet, spesifiser: |
| [ ] PrimærkontaktNavn: Adresse: Tlf: |
|  | **Pedagogisk psykologisk tjeneste** |

**samtykke**

Jeg gir med dette PPT Meløy samtykke til å innhente opplysninger fra/eventuelt innlede samarbeid med:

[ ] Lege

[ ] sykehus

[ ] Psykiatri tjeneste

[ ] Arbeidsplass/skole

[ ] Logoped

[ ] Fysioterapeut

[ ] Omsorg

[ ] Andre ………………………………..

Det skal ikke gis flere opplysninger enn det som er nødvendig for PPT’s arbeid.

Samtykke gjelder i 3 år fra dagens dato.

Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_