

 MELØY kommune PEDAGOGISK-PSYKOLIGISK TJENESTE (PPT)		PPT-Meløy Postadresse: Gammelveien 5, 8150 Ørnes Besøksadresse: Storhammarn, 8150 Ørnes Tlf. 75710780, Mob. 90605089 Fax. 75710781		
HENVISNINGSSKJEMA 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:
<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	Etnisk bakgrunn:		E-post:	
Behov for tolk <input type="checkbox"/>	Språk:	<input type="checkbox"/> Førerkort	Har du hatt kontakt med PPT før <input type="checkbox"/>	
FAMILIEFORHOLD:				
<input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Barn				
HJELPEVERGE:				
Navn:		E-post:		
Adresse:		Postnr og poststed:		
<input type="checkbox"/> Behov for tolk	Hvilket språk?			
SKOLE/ARBEID:				
Navn:				Tlf:
Adresse				

BEHOV/PROBLEMSTILLING/HENVISNINGSGRUNN

1. HENVISNINGSGRUNN:	
Vanskeområde:	
<input type="checkbox"/> Dagliglivets gjøremål	
<input type="checkbox"/> Mobilitet.....	
<input type="checkbox"/> Språk/kommunikasjonsferdigheter.....	
<input type="checkbox"/> Lese og skriveferdigheter.....	
2. Hvor lenge har du hatt vanskene, og hva er gjort for å hjelpe deg?	
<input type="checkbox"/> Har fullført grunnskoleopplæringen	
<input type="checkbox"/> Har hatt spesialundervisning i grunnskolen	
<input type="checkbox"/> Har hatt videregående opplæring	
Hva?	Hvor?..... Når?.....
<input type="checkbox"/> Annen skole	
3. HVEM HAR HJULPET DEG?	
Navn/yrke:	Vedlegg:
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Er det utarbeidet individuellplan Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Er det opprettet ansvarsgruppe Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
4. HVA HAR DU BEHOV FOR?	
<input type="checkbox"/> Kartlegging/utredning av vanskene	
<input type="checkbox"/> Konsultasjon/veiledning	
<input type="checkbox"/> Bistand til utvikling av tiltak	
<input type="checkbox"/> Direkte hjelp	
<input type="checkbox"/> Sakkyndig vurdering av rett til grunnskoleopplæring	
<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:	
<input type="checkbox"/> Primærkontakt	
Navn:	Adresse:
	Tlf:



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 _____