|  |
| --- |
| **PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE (PPT)** |

Unntatt offentlighet jfr. Fvl. § 13 og offl.§ 13

**HENVISNINGSSKJEMA for VOKSNE** (§ 4A Udir 3-2012)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etternavn:** | | **Fornavn 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:** |
| **☐ Primærkontakt**  **Navn:**  **Adresse:**  **Tlf:** |

**samtykke**

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

Lege

Sykehus

Psykiatritjeneste

Arbeidsplass/skole

Logoped

Fysioterapeut

Omsorg

Andre ……………………………

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

**Samtykke gjelder i ett år fra dagens dato, og kan når som helst trekkes tilbake.**

Sted: Dato:

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_