**TILVISING LOGOPED BARN NYNORSK KONFIDENSIELT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personopplysningar om barnet:** | | **Fødd:** |  |
| **Fornamn** |  | **Nasjonalitet:** |  |
| **Etternamn** |  | **Morsmål:** |  |
| **Adresse** |  | **Kjønn:** |  |
| **Skule /barnehage:** |  | **Klasse/avd.:** |  |
| **Behov for tolk:** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mor sitt namn** | **Adresse** | **Telefon** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Far sitt namn** | **Adresse** | **Telefon** |
|  |  |  |

**Barnet bur hos (set kryss):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Begge foreldra |  | Mor |
|  | Far |  | Andre |

**TILVISINGSGRUNN (set kryss)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Språkvanskar / forseinka språkutvikling |  |  | Stemmevanskar (tilvising frå øyre-nase-hals lege) |
|  | Uttalevanskar/artikulasjonsvanskar |  | Anna |
|  | Taleflytvanskar (stamming, løpsk tale) |  | |

\* Barnehage: Oppdatert TRAS skjema skal følgje tilvisinga. For fleirspråklege barn skal også “Samtaleguide om barnets morsmål” (UDIR) vera utfylt av barnehagelærar og kopi skal leggjast ved tilvisinga.

\* Skule: For fleirspråklege elevar skal “Språkkompetanse i grunnleggende norsk” (UDIR) vera utfylt av lærar, og kopi skal leggjast ved tilvisinga.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kva ynskjer de hjelp til?** | |
|  | |
| **Beskriv vansken/vanskane:** | |
|  | |
| **Kva tid starta vanskane?** | |
|  | |
| **Kva tiltak har vore sett i verk i høve vanskane?** | |
|  | |
| **Andre utfyllande opplysningar:** | |
|  | |

**Er det gjennomført syns- hørselsundersøking?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Synsundersøking |
|  | Hørselsundersøking |

**Er barnet tilmeld pedagogisk-psykologisk teneste (PPT)?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Barnet er tilmeldt PPT |  | Logoped får samtykke til å samarbeide med PPT |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Underskrift:** | | | |
| **Stad:** |  | **Dato:** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Kontaktperson** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Verksemdleiar/tilvisande instans** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stad:** |  | **Dato:** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Føresett** | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Føresett** | |