



Sør-Varanger kommune

Melding om behov for logopedisk hjelp/ veiledning for voksne

Revidert utgave 2016

Side
1 av 2

Unntatt offentligheten

Jf. Lov om offentlighet i forvaltningen § 13

Henvisningen gjelder:

Navn:	Født/personnr:	Telefon:
Adresse:		
E-post:		

Evt. henvisende instans:	Telefon:
Adresse:	E-post:

Foresatt evt. verge:

Navn:	E-post:
Adresse:	Telefon:

Dersom du er minoritetsspråklig, er det behov for tolk?

Hvilket språk? Angi:.....

Dersom det er tatt andre undersøkelser:

<input type="checkbox"/> Syn: Undersøkt når.....av hvem.....
<input type="checkbox"/> Hørsel: Undersøkt når.....av hvem.....

Hvilke tjenester ønskes fra PP-Tjenesten (sett kryss)

<input type="checkbox"/> Trenger logopedisk vurdering	<input type="checkbox"/> Veiledning
<input type="checkbox"/> Språk-/uttalevansker	<input type="checkbox"/> Lese-/skrivevansker
<input type="checkbox"/> Stammering	<input type="checkbox"/> Stemmevansker
<input type="checkbox"/> Afasi	

Gateadresse: Postgården, Rådhusplassen 9900 Kirkenes	Postadresse: Box 406 9915 Kirkenes	Telefon: 789 77430 Fax: 789 77588 E-post: ppt@svk.no
---	---------------------------------------	--

Kort beskrivelse av vanskene:

Eventuelle tidligere hjelpetiltak:

Vår samtykke innbefatter også at PP-tjenesten kan samarbeide med, og innhente opplysninger fra (sett kryss)

- Helsetjenesten Sosialtjenesten Psykiatritjenesten
 Fysioterapitjenesten Fastlege
 Andre, hvilke?
Spesifiser.....

NB! Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.

Jeg samtykker i henvisningen til PP-tjenesten:

Sted/dato

Underskrift

Underskrift medhenviser: (verge / enhetsleder)

Sted/dato

Underskrift

Gateadresse: Postgården, Rådhusplassen
9900 Kirkenes

Postadresse: Box 406
9915 Kirkenes

Telefon: 789 77430
Fax: 789 77588
E-post: ppt@svk.no