



Overhalla kommune
- Positiv, frisk og framsynt



Henvisning til kommunal logoped – Overhalla kommune

Henvisningen gjelder hvem?

Etternavn	Fornavn	Født
Adresse		
Foresatte	Telefon	
Alternativ adresse foresatt:		

Skole/barnehage: _____

Klasse/avd: _____

Henvisningsgrunn (Kryss av)

Stemmevansker	Taleflytvansker	Språkvansker	Artikulasjonsvansker	
Lese/ skrivevansker	Oralmotoriske vansker	Svelgvansker	Afasi	

Oppgi vedlegg som eventuelt følger med: _____

Dette kan være kartleggings skjemaer og tester fra barnehager, helsestasjon og PPT eller syn og/eller hørselstester hvis det gjelder barn med språkvansker eller lese/skrivevansker.

Allerede samarbeidsparter:	PPT <input type="checkbox"/>	Ansvarsgruppe <input type="checkbox"/>
	HAB TEAM <input type="checkbox"/>	Andre <input type="checkbox"/> _____

Hvem ønsker henvisningen? _____

Jeg/ vi gir med dette samtykke til at kommunal logoped kan innhente opplysninger fra samarbeidsparter.

Dato: _____

Underskrift voksen søker eller foresatte _____

Underskrift fra fagperson som henviser _____

Tilbakemelding fra logoped/ dato: