



# TILVISING TIL KOMMUNELOGOPED

## -for vaksne Jamfør Opplæringslova §4A

PPT for Jondal og Kvam, Grovagjelet 16, 5600 Norheimsund, tlf. 56553050

Besøksadresse: Steinsdalsvegen 104, 5600 Norheimsund

(Oppdatert 3.01.2018)

Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

<b>Etternamn</b>	<b>Fornamn, mellomnamn</b>	<b>Fødd</b>	
<b>Adresse</b>	<b>Postnr.</b>	<b>Poststad</b>	
<b>Nasjonalitet</b>	<b>Morsmål</b>	<b>Telefon</b>	
<b>Pårørande/ verje</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Institusjon</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Kontaktperson</b>		<b>Telefon</b>	

### TILVISINGSGRUNN (set kryss)

Stemmevanskar	<input type="checkbox"/>	Kommunikasjonsvanskar	<input type="checkbox"/>	Anna (skriv på)
Taleflytvanskar	<input type="checkbox"/>	Dysartri	<input type="checkbox"/>	
Afasi	<input type="checkbox"/>	Talepraksi	<input type="checkbox"/>	

### Beskriv vanskane

### Når starta vanskane? Kva tiltak har vore sett i verk? (Omfang/effekt)

### Andre utfyllande opplysningar. Legg ved epikrise/rapportar

### SAMTYKKE TIL SAMARBEID

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pårørande      | <input type="checkbox"/> Fysioterapiteneste | <input type="checkbox"/> Fastlege /spesialistteneste |
| <input type="checkbox"/> Helsepersonell | <input type="checkbox"/> Psykiatriteneste   | <input type="checkbox"/> Andre                       |

Evt. kven andre:

Samtykket må underteiknast av den vaksne, eventuelt vergen til den vaksne

Stad	Dato
------	------

Underskrift

Dette samtykket kan endrast eller trekkjast tilbake seinare dersom det er ønskjeleg

<b>Underskrift tilvisar</b>	<b>Stad/dato</b>
---------------------------------	------------------