|  |
| --- |
| **TILVISING TIL LOGOPED FOR VAKSNE**- etter Opplæringslova §19-6**Kvam PPT/kommunelogopeden****Post- og besøksadresse:**Kvam PPT, Grovagjelet 16, 5600 Norheimsund (Rådhuset)*Oppdatert etter ny Opplæringslov 01.08.2024* |

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

|  |
| --- |
| **PERSONALIA:**  |
| Etternamn: | Fornamn:  | Fødselsnr (11 siffer):  |
| Adresse | Postnr.  | Poststad |
| Nasjonalitet | Morsmål | Telefon |  |
| Pårørande/verge |  | Telefon |  |
| Institusjon |  | Telefon |  |
| Kontaktperson |  | Telefon |  |

|  |
| --- |
| **TILVISINGSGRUNN (set kryss)** |
| Stemmevanskar |  | Kommunikasjonsvanskar |  | Anna (skriv her):  |
| Taleflytvanskar |  | Dysartri |  |
| Afasi |  | Taleapraksi |  |
| **Beskriv vanskane** |
|  |
| **Når starta vanskane? Kva tiltak har vore sett i verk? (Omfang/effekt)** |
|  |
| **Andre utfyllande opplysningar. Legg ved epikrise/rapportar** |
|  |

|  |
| --- |
| **SAMTYKKE TIL SAMARBEID** |
| ☐ Pårørande ☐ Fysioterapiteneste ☐ Fastlege /spesialistteneste ☐ Helsepersonell ☐ Psykiatriteneste ☐ 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Underskrift tilvisar** |  | **Stad/dato:** |
| **Underskrift** **vaksen** |  | **Stad/dato:** |