



Arendal kommune  
Postadresse: Serviceboks 650, 4809 Arendal  
Tlf: 370 13000

## Henvisning til logoped

Navn: \_\_\_\_\_ F.dato: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Foresatte: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Skole/barnehage: \_\_\_\_\_ Kl/avd: \_\_\_\_\_

Rektor/styrer/helsesøster: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Navn på medhjelper: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Foresatte som kan delta: \_\_\_\_\_

Språk/tale: \_\_\_\_\_ Henvisningsgrunn: \_\_\_\_\_  
Stamming: \_\_\_\_\_ Stemme: \_\_\_\_\_

Hva ønskes det hjelp til? ( Vær presis ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hvilken trening eller tiltak er prøvd tidligere? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Har tidligere vært hos logoped: Ja \_\_\_ Nei \_\_\_ Når ( år ): \_\_\_\_\_

Navn på logoped: \_\_\_\_\_

Er barnet/eleven meldt til PPT? Ja \_\_\_ Nei \_\_\_ Når ( år ): \_\_\_\_\_

Er barnet/eleven meldt til HABU? Ja \_\_\_ Nei \_\_\_ Når ( år ): \_\_\_\_\_

Saksbehandlere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jeg/vi ønsker at vår sønn/datter skal henvises til logoped for vurdering av logopedbehandling. Jeg/vi er inneforstått med at logopedtjenesten samarbeider med andre aktuelle hjelpeinstanser i den grad dette er nødvendig for å få utført arbeidet med barnet på en forsvarlig måte og i tråd med taushetsbestemmelsene i forvaltningsloven.

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Foresattes underskrift

\_\_\_\_\_  
Foresattes underskrift

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Rektors/styrers/helsesøsters underskrift