HENVISNING FOR VOKSNE
TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE FOR
ARENDAL KOMMUNE
Postboks 780 Stoa, 4809 Arendal
Telefon: 37 01 30 00

PERSONEN SOM HENVISES

Etternavn:	**Fornavn:**	**Født:**
Adresse:	**Postnummer:**	**Sted:**
Telefon/Mobil:	**Arbeid:**	**Mann:** **Kvinne:**
Nasjonalitet:	**Morsmål:**	

Henvisningsårsak:

Hvem ønsker henvisningen:

Hva ønskes det hjelp til:

Er andre tjenester involvert? **(For eks. Sørlandet sykehus, voksenopplæringen, DPS, andre)**

Ja ☐ **Nei** ☐ **Hvis ja, hvilke:**

Er syn og hørsel sjekket? **Ja** ☐ **Nei** ☐ **Epikrise vedlagt:** **Ja** ☐ **Nei** ☐

Andre relevante opplysninger:

Antall vedlegg:

UNDERSKRIFT

Sted, dato: