



TØNSBERG KOMMUNE

PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TJENESTE

LOGOPEDTJENESTEN

Postadresse: Postboks 2410, 3104 Tønsberg
Besøksadresse: Kastanjeveien 22, 3150 Tolvsrød
Telefon: 33 34 83 40
E-post: ppt@tonsberg.kommune.no

HENVISNING TIL LOGOPEDTJENESTEN I TØNSBERG KOMMUNE

HENVISNINGSKRITERIER

Barn må være fylt 4 år før det meldes Logopedtjenesten. Unntak her er barn med stamming/taleflytvansker. Barn som stammer ønskes henvist så tett opptil stammingsens start som mulig. Barn under 4 år henvises PP-tjenesten.

For mange norske barn kommer /R/ og /S/ på plass av seg selv innen barnet fyller 7 år (naturlig modning).

Barnet må være fylt 7 år før det meldes inn behov for å arbeide med R-lydvansker. Lesping henvises først etter at barnet har fylt 7 år og nye fortenner oppe og nede er helt utviklet.

Minoritetsspråklige barn må være kartlagt i norskkunnskaper (begreper, ordforråd, etc.) før de henvises for uttalevansker. Språket bør være rimelig på plass før en arbeider med "finpussen".

Alle førskolebarn vil få sitt tilbud i Logopedtjenestens lokaler i Kastanjeveien 22. Skolebarn får undervisningen på sin hjemmeskole.

Foresatte kan henvise på eget initiativ.

BARN/UNGDOM SOM HENVISES

NAVN	Personnummer (11 siffer)	<input type="radio"/> Gutt <input type="radio"/> Jente
Adresse	Postnummer og -sted	
Nasjonalitet	Språk	
SKOLE/BARNEHAGE	Trinn/gruppe	
Kontaktlærer/ pedagogisk leder	E-post	Telefon
Eventuell annen kontaktperson	E-post	Telefon
Hvis barnehage, skole barnet skal begynne på		



FORELDRE/FORESATTE		
MORS NAVN		E-post
Adresse		Postnummer og -sted
Telefon (mobil)	Telefon (hjem)	Telefon (arbeid)
Nasjonalitet	Språk	Behov for tolk
FARS NAVN		E-post
Adresse		Postnummer og -sted
Telefon (mobil)	Telefon (hjem)	Telefon (arbeid)
Nasjonalitet	Språk	Behov for tolk
Hvem har foreldreansvar?	<input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Andre	
Hvor bor barnet?	Søsken og alder på disse	

Er hørsel undersøkt (evnt når)?
Er syn undersøkt (evnt. når)?
Eventuelle resultater av undersøkelsene
Har barnet tidligere fått hjelp fra Logopedtjenesten? Evnt. når og henvisningsgrunn?



MELDINGSÅRSÅK

<input type="checkbox"/> Store fonologiske vansker	<input type="checkbox"/> Uttalevansker
<input type="checkbox"/> Stemmevansker	<input type="checkbox"/> Leppe-kjeve-ganespalte
<input type="checkbox"/> CI (Cochlea Implantat)	<input type="checkbox"/> Stammering/Taleflytvansker

Fyldig beskrivelse av vanskene

Foreligger diagnose?

Ja Nei Hvis ja, spesifiser: _____

Hvem har tatt initiativ til henvisningen?

Har barn/foresatte kontakt med andre instanser?

ØNSKEDE VEDLEGG

<input type="checkbox"/> Tras / Alle med	<input type="checkbox"/> Språk 4	<input type="checkbox"/> Evt. andre
--	----------------------------------	-------------------------------------

UNDERSKRIFTER

Foresattes underskrift	Sted	
	Dato	
Henvisers underskrift (Rektor/ styrer/ virksomhetsleder)	Sted	
	Dato	