



**Elverum Kommune**

## HENVISNING TIL LOGOPED

### BARNET SOM HENVISES:

Etternavn: \_\_\_\_\_ Født dato: \_\_\_\_\_

Fornavn: \_\_\_\_\_ Morsmål: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

Skole/barnehage: \_\_\_\_\_ Trinn/avdeling: \_\_\_\_\_

Kontaktlærer/ avd. leder: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

### MOR: (Adresse fylles ut dersom den er ulik barnets)

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf.privat: \_\_\_\_\_

Mobil tlf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

### FAR: (Adresse fylles ut dersom den er ulik barnets)

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf.privat: \_\_\_\_\_

Mobil tlf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

### SØSKEN:

Navn og fødselsår: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HENVISNINGSGRUNN :** (Sett kryss i de rutene som er aktuelle)

**Barnet har vansker med:**

- Ordforråd
- Å forstå hva som blir sagt
- Språklyder
- Å sette sammen ord til setninger
- Stammering/stotring/taleflyt
- Talestemmen
- Annet (beskriv): \_\_\_\_\_

**Beskrivelse av vanskene som har ført til henvisningen:**

---

---

---

---

---

**Kopi av kartleggingsresultater (TRAS, Askeladden, e.l.) fra barnehagen skal legges ved.**

Ja    Nei

- Har barnets vansker vært drøftet med logoped ?

**Har barnet problemer på andre områder ?**

- Syn
- Hørsel
  - Barnets hørsel er testet hos øre-nese-halslege (anbefales)
- Motorikk
- I forhold til lek med andre barn ?
- Annet (beskriv): \_\_\_\_\_

**Har andre hjelpeinstanser vært kontaktet ?**

- PPT
- Andre: \_\_\_\_\_

.....  
Foreldrenes underskrift

.....  
Hvem henviser

.....  
Kontaktlærer/Førskolelærer

.....  
Rektor/Styrer

Skjemaet sendes til:  
Logopedtjenesten i Elverum  
Postboks 403, 2418 Elverum  
Tlf. nr. 624 33330

Besøksadresse:  
Kommunehuset Folkvang  
Lærerskolealleen 1, 2408 Elverum