

# **Opplysninger fra foreldre og samtykke til henvisning**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn på barnet** | **Født** | **Barnehage** |

☐ Jeg/vi bekrefter at vi har lest og er kjent med innholdet i barnehagens pedagogiske rapport før henvisning. Kommentarer/betingelser:

|  |
| --- |
|  |

*Opplysningene behandles i henhold til regler om taushetsplikt i Forvaltningslovens § 13 og profesjonslovgivning om taushetsplikt. Jeg er opplyst om at det er frivillig å gi samtykke, og at det kan trekkes tilbake senere*

**Gi en beskrivelse av hva som bekymrer deg/dere ved barnets utvikling (grunn for henvisningen)**

|  |
| --- |
|  |

**Når startet vanskene?**

|  |
| --- |
|  |

**Beskriv barnets sterke og positive sider**

|  |
| --- |
|  |

**Særlig merknad til barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer, skader, andre livshendelser)**

|  |
| --- |
|  |

**Hvilke situasjoner er utfordrende for barnet hjemme? Hva kan gjøre situasjonen verre eller bedre?**

|  |
| --- |
|  |

**Har barnet vært utsatt for traumatiske opplevelser?**

|  |
| --- |
|  |

**Hvem består den nærmeste familie av til daglig?**

|  |
| --- |
|  |

**Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter bes legges ved henvisningen.**

|  |
| --- |
|  |

**Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet.**

|  |
| --- |
|  |

**Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre**

|  |
| --- |
|  |

**Fungerer synet normalt?**

□ Ja

□ Nei

**Fungerer hørsel normalt?**

□ Ja

□ Nei

**Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel?**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Foreldres underskrift** | **Sted og dato** |
| **Foreldres underskrift** | **Sted og dato**  |