



# TRONDHEIM KOMMUNE

## HENVISNING TIL SYNSPEDAGOGTJENESTEN

Brukes ved henvisning for veiledning og rådgivning av synshemmede barn og voksne

Fornavn	Etternavn	Født	Telefon	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Postnummer	Poststed	E-post	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Nærmeste pårørende	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse	Postnummer	Poststed
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gi en kort beskrivelse av synsvanskene og hva det ønskes bistand til

Er det tidligere blitt gjort noe med synsvanskene  
Ja  Nei

Hvis ja, beskriv tiltak og legg eventuelt ved kopier

For rask saksgang ber vi om at dokumentkopier som kan ha betydning for saksbehandlingen (f.eks. øyemedisinske epikriser, utredninger, IP, IOP osv.) vedlegges. Dersom synspedagogtjenesten må innhente informasjon, ber vi om **navn** og **adresser** som kan hjelpe oss med dette arbeidet, samt **samtykke** fra søker/nærmeste pårørende. Vennligst skriv under på samtykke på baksiden av denne henvisningen. *Synspedagogtjenesten er pålagt taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13a, pkt. 1, og særåtgjøring på de enkelte områder.*

	Navn/kontaktperson	Adresse	Telefon
Barne- og familietjenesten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Helse- og velferdstjenesten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PPT for voksne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opplæringsinstitusjon/dagtilbud	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Legesenter v/primærlege	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykehus, øyeavdeling	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Det samtykkes i at Synspedagogtjenesten kan viderehenvise og eventuelt oversende aktuelle dokumenter til andre etater, også statlige kompetansesentre, som kan gi den hjelp det her bes om. For barn bør henvisningen underskrives av saksansvarlig i Barne- og familietjenesten, for voksne av saksansvarlig i Helse- og velferdstjenesten eller PPT for voksne.**

Underskrifter

Sted, dato	meg selv/nærmeste pårørende	enhet/institusjon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# TRONDHEIM KOMMUNE

## SAMTYKKE

Logopedisk senter, Synspedagogtjenesten

### Vedrørende

Navn Født

--	--

**I henhold til Personopplysningslovens §§ 8 og 9, samtykker jeg med dette i at Synspedagogtjenesten motar, eventuelt innhenter, medisinske og pedagogiske opplysninger som vil ha betydning for videre tiltak og samarbeid.**

### Underskrifter

Sted, dato meg selv/nærmeste pårørende

--	--

Postadresse  
Trondheim kommune  
Synspedagogtjenesten  
7004 Trondheim

Besøksadresse  
Bispegata 9b, 3. etg.

Telefon  
72 54 28 67  
916 89 814

Organisasjonsnummer  
NO 942 110 464

Internett: [www.trondheim.kommune.no/logopedisk](http://www.trondheim.kommune.no/logopedisk)