

## Indstilling til Psykologteamet/PPU

### Barn:

|          |  |         |  |
|----------|--|---------|--|
| Navn:    |  | Cpr.nr. |  |
| Adresse: |  |         |  |
| Tlf.nr.  |  |         |  |

### Forældre:

|                                   |     |  |     |             |        |  |       |  |  |
|-----------------------------------|-----|--|-----|-------------|--------|--|-------|--|--|
| Forældremyndighed (sæt kryds):    | Mor |  | Far |             | Fælles |  | Værge |  |  |
| <b>Mor:</b>                       |     |  |     | <b>Far:</b> |        |  |       |  |  |
| Cpr.nr:                           |     |  |     | Cpr.nr:     |        |  |       |  |  |
| Adresse:                          |     |  |     | Adresse:    |        |  |       |  |  |
| Tlf.nr:                           |     |  |     | Tlf.nr:     |        |  |       |  |  |
| Barnets søskende (navne + alder): |     |  |     |             |        |  |       |  |  |
|                                   |     |  |     |             |        |  |       |  |  |

### Evt. plejefamilie:

|                              |    |  |  |  |  |     |  |  |  |
|------------------------------|----|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| Navn:                        |    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Adresse:                     |    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Værge for barnet (sæt kryds) | Ja |  |  |  |  | Nej |  |  |  |
| Tlf. nr:                     |    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| e-mail:                      |    |  |  |  |  |     |  |  |  |
| Anbringelseskommune:         |    |  |  |  |  |     |  |  |  |

### Såfremt barnet er tosproget oplyses:

|                                    |    |  |  |                            |  |  |  |
|------------------------------------|----|--|--|----------------------------|--|--|--|
| Etnisk herkomst:                   |    |  |  | Ophold i Danmark antal år: |  |  |  |
| Hvilket sprog taler barnet hjemme: |    |  |  |                            |  |  |  |
| Er der behov for tolkebistand:     | Ja |  |  | Nej                        |  |  |  |

**Oplysninger om institution:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Daginstitution: |  |
| Gruppe:         |  |
| Kontaktperson:  |  |
| Tlf.:           |  |
| Sikker mail:    |  |

|                |  |
|----------------|--|
| Skole:         |  |
| Klasse:        |  |
| Kontaktperson: |  |
| Tlf.:          |  |
| Sikker mail:   |  |

**Indstiller (sæt kryds):**

|                |                          |                |                          |
|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Forældre/værge | <input type="checkbox"/> | Daginstitution | <input type="checkbox"/> |
| Dagpleje       | <input type="checkbox"/> | Socialrådgiver | <input type="checkbox"/> |
| Barn           | <input type="checkbox"/> | Sundhedsplejen | <input type="checkbox"/> |
| Skole/SFO      | <input type="checkbox"/> | Andre:         | <input type="checkbox"/> |

**Konsultativt forløb:**

|   |  |      |  |      |  |      |  |
|---|--|------|--|------|--|------|--|
| Hvilken psykolog har været inddraget i det konsultative forløb: |  |      |  |      |  |      |  |
|   |  |      |  |      |  |      |  |
| Hvornår har der været afholdt psykologisk konsultation:         |  |      |  |      |  |      |  |
| Dato  |  | Dato |  | Dato |  | Dato |  |

**Har der været kontakt med andre fagpersoner (sæt kryds):**

|                             |                          |                                      |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Psykolog                    | <input type="checkbox"/> | Læsevejleder                         | <input type="checkbox"/> |
| Tale-hørekonsulent          | <input type="checkbox"/> | Matematikvejleder                    | <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut               | <input type="checkbox"/> | AKT/trivselsvejleder/inklusionsagent | <input type="checkbox"/> |
| Ressourcepædagog            | <input type="checkbox"/> | Socialrådgiver                       | <input type="checkbox"/> |
| Specialpædagogisk konsulent | <input type="checkbox"/> | Familiekonsulent                     | <input type="checkbox"/> |
| Sundhedsplejen              | <input type="checkbox"/> | Andre                                | <input type="checkbox"/> |

**Baggrund for indstillingen (sæt kryds):**

|  |                          |                            |                          |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Generelle indlæringsvanskeligheder     | <input type="checkbox"/> | Opmærksomhed/koncentration | <input type="checkbox"/> |
| Sociale/følelsesmæssige vanskeligheder | <input type="checkbox"/> | Andet:                     | <input type="checkbox"/> |

**Hvordan og i hvilke sammenhænge opleves problemet?**

**Hvordan oplever barnet selv sin situation:**

**Forældres syn på indstillingen og de beskrevne vanskeligheder:**

**Andre relevante oplysninger om barnet/dets historik (eksempelvis for tidlig fødsel, kroniske lidelser, syns-  
hørehandicap, medicin, diagnoser, indlæggelser, familiemæssige forhold af betydning):**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Samtykke fra forældre/værge (sæt kryds):**

|  |    |  |     |  |  |
|--|----|--|-----|--|--|
| Psykologenheden/PPR må overføre eventuelle notater fra det konsultative forløb, til den sag der oprettes | ja |  | Nej |  |  |
|--|----|--|-----|--|--|

|   |
|---|
| Eventuelle bilag vedlagt indstillingen: |
|   |

**Underskrifter:**

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| _____                                | Dato: _____ |
| (forældremyndighed)                  |             |
| _____                                | Dato: _____ |
| (forældremyndighed)                  |             |
| _____                                | Dato: _____ |
| (hvis barnet/den unge er over 15 år) |             |
| _____                                | Dato: _____ |
| (institutionsleder)                  |             |

## Samtykke til indhentning og/eller udveksling af oplysninger (Gældende 1 år fra d.d.)

Samtykket omhandler:

|                                     |                              |         |  |
|-------------------------------------|------------------------------|---------|--|
| Barnets/den unges for- og efternavn |                              | Telefon |  |
| Cpr.nr                              | Adresse,<br>postnr.<br>og by |         |  |
| Forældre (mor)                      |                              | Telefon |  |
| Cpr.nr                              | Adresse,<br>postnr.<br>og by |         |  |
| Forældre (far)                      |                              | Telefon |  |
| Cpr.nr                              | Adresse,<br>postnr.<br>og by |         |  |

Forældremyndighed      Mor       Far       Fælles       Værge

### Baggrund

Pædagogisk/psykologisk understøttelse og udvikling – PPU, Vejen Kommune arbejder med at udrede og skabe udvikling for børn og unge, der af forskellige årsager er i trivsels- og/eller læringsvanskeligheder. Medarbejderne i PPU (psykologer, pædagogisk psykologiske konsulenter, ressourcepædagoger og tale-hørekonsulenter) vil i arbejdet have behov for at kunne indhente og udveksle oplysninger omkring barnet med interne kommunale samarbejdspartnere. Desuden vil der i visse tilfælde være et samarbejde med egen læge, speciallæger samt Børne- og Ungdomspsykiatrien, hvor der også vil være behov for udveksling af oplysninger vedrørende barnet.

### Formål med udveksling af relevante oplysninger

Udvekslingen og indhentningen af oplysninger sker (internt og eksternt) mellem Pædagogisk/psykologisk understøttelse og udvikling - PPU, Vejen Kommune og nedenfor angivne interne og eksterne samarbejdspartnere. Formålet er at kunne tilbyde det mest kvalificerede forløb, der fører til positiv udvikling for barnet.

**Indhenter relevante oplysninger fra:**

Sæt kryds: Oplysningernes art/type oplysninger:

|  |  |  |
|--|--|--|
| Skole/børnehave/dagpleje                         |  |  |
| Socialrådgiver                                   |  |  |
| Sundhedsplejen                                   |  |  |
| Behandler sygehus                                |  |  |
| Fysioterapeut                                    |  |  |
| Egen læge/speciallæge/Psykiatri                  |  |  |
| Tidligere PPR                                    |  |  |
| Andre, Hvilke:<br>Angiv Navn, adresse og tlf.nr. |  |  |

**Udveksle relevante oplysninger til:**

Sæt kryds: Oplysningernes art/type oplysninger:

|   |  |  |
|---|--|--|
| Skole/børnehave/dagpleje                      |  |  |
| Socialrådgiver                                |  |  |
| Sundhedsplejen                                |  |  |
| Behandler sygehus                             |  |  |
| Fysioterapeut                                 |  |  |
| Egen læge/speciallæge/Psykiatri               |  |  |
| Tidligere PPR                                 |  |  |
| Andre, Hvilke:<br>Angiv navn, adresse og tlf. |  |  |

Ved min underskrift herunder gives der samtykke til, at medarbejderne i Pædagogisk/psykologisk understøttelse og udvikling – PPU, Vejen Kommune udveksler de ovennævnte personoplysninger og/eller kan indhente eller videregive oplysningerne til en ekstern samarbejdspartner.

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Forældremyndighed

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Forældremyndighed

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

(Hvis barnet/den unge er over 15 år – medunderskrives her)

**Indstillingen inkl. samtykkeerklæringen (side 1-7) sendes via mail til fælles postkassen i PPU: [ppu@vejen.dk](mailto:ppu@vejen.dk), mærket "Indstilling til Psykologteamet"**

### Om samtykke

- Behandlingen af personoplysninger sker på baggrund af dit samtykke, jf. databeskyttelsesforordningens art. 6, stk. 1, litra a og art. 9, stk. 2, litra a.
- Ved samtykke forstås *"enhver frivillig, specifik, informeret og utvetydig viljetilkendegivelse fra den registrerede, hvorved den registrerede ved erklæring eller klar bekræftelse indvilliger i, at personoplysninger, der vedrører den pågældende, gøres til genstand for behandling"*.
- Du kan til enhver tid tilbagekalde dit samtykke til behandling af oplysninger ved at kontakte Psykologenheden, Vejen Kommune (se oplysninger nedenfor). Du kan tilbagekalde samtykket med fremadrettet virkning.
- Dit samtykke bortfalder automatisk, når dit forløb ophører.
- Der er ingen konsekvens forbundet med ikke at give samtykke.

### Hvilke rettigheder giver Databeskyttelsesforordningen mig?

- Ret til at blive orienteret om indsamling/behandling og videregivelse af oplysninger til brug for elektronisk databehandling.
- Ret til at bede om indsigt i de oplysninger om mig, der behandles elektronisk.
- Ret til at gøre indsigelse mod, at oplysningerne behandles elektronisk.
- Ret til at kræve berigtigelse, sletning eller blokering af oplysninger, der er urigtige, vildledende eller på lignende måde er behandlet i strid med lovgivningen.

### Dataansvarlige

- Vejen Kommune er dataansvarlig for behandling af dine personoplysninger. Har du spørgsmål til behandling af personoplysninger i Vejen Kommune, er du velkommen til at kontakte Vejen Kommunes Databeskyttelsesrådgiver på telefon 7996 6034 eller e-mail: [dpo@vejen.dk](mailto:dpo@vejen.dk)
- Er du utilfreds med den måde, vi behandler dine personoplysninger på, kan du indgive en klage til Datatilsynet, Borgergade 28, 1300 København K, telefon: 3319 3200 eller e-mail: [dt@datatilsynet.dk](mailto:dt@datatilsynet.dk)

### Kontaktoplysninger til Pædagogisk/psykologisk understøttelse og udvikling - PPU

Pædagogiske/psykologisk understøttelse og udvikling - PPU, Vejen Kommune  
Stadionvej 15  
6650 Brørup  
Tlf.nr. 79 96 63 57  
Mail: [ppu@vejen.dk](mailto:ppu@vejen.dk)