IKH

INSTITUT FOR KOMMUNIKATION OG HANDICAP

Stemme- og Stammeafdelingen

Tel. +45 78 47 93 00

www.IKH.rm.dk



          Visitationsskema

Kommunikationsområdet Region Midtjylland

*.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | Oplysninger om borgeren | | | |
|  | Navn: | | Cpr.nr. | |
|  | Nuværende adr.: | | | |
|  | Postnr. og by: | | Telefon: | |
|  | *Forælder 1:* | | *Forældremyndighed* |  |
|  | *Adresse:* | | *Telefon:* | |
|  | *Forælder 2:* | | *Forældremyndighed* |  |
|  | *Adresse:* | | *Telefon:* | |
|  | *Evt. institution:* | | *Telefon:* | |
|  | *Adresse:* | | | |
|  |  | | | |
|  | *Værge:* | *Bistandsværge:* | | |
|  | *Navn:* | *Navn:* | | |
|  | *Tlf. nr.:* | *Tlf. nr.:* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | PPR-talekonsulent |
|  | Sagsbehandlers navn: |
|  | Sagsbehandlers tlf.nr.: |
|  | Sagsbehandlers e-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Hvilket forløb ønskes?** |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.** | Begrundelse for valg af konkret tilbud |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.** | Vedlagte oplysninger | |
|  | *Relevant materiale vedhæftes – sæt x* | |
|  |  | Handleplaner |
|  |  | Udredning |
|  |  | Pædagogiske vurderinger |
|  |  | Lægelige vurderinger |
|  |  | Andet |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.** | Bemærkninger og særlige opmærksomhedspunkter |
|  |  |

**Kommunens indstilling til foranstaltningen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Karen Beyer** |
| Dato |  | Tale-Hørefagkonsulent |