

**Henvisning til udredning i forbindelse med en formodet APD problematik.  
Auditory Processing Disorder  
Benyttes af PPR eller praktiserende ørelæge/læge**

**Vedrørende:**

Barnets navn: \_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_

Forældre: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Arbejde: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Skole/daginstitution mv.:**

Navn: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktperson/-pædagog: \_\_\_\_\_

**Øvrige aktører i sagen (institutioner, speciallæger, psykologer, konsulenter mv.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Foreløbige undersøgelser foretaget:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Kort beskrivelse:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Bilag: (undersøgelser og rapporter)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Samtykkeerklæring fra barnets forældre vedlagt:**  Ja  Nej

**Henviser:**

Navn: 

---

Telefon: 

---

e-mail: 

---

Dato og underskrift: 

---

