



Bästa klient / vårdnadshavare

Vi

_____ och _____
(handledarens namn) (studerandens namn)

vill garantera dej / ditt barn

_____ (klientens namn) _____ (personbeteckning)

möjligast kvalitativ utrednings- och habiliteringsperiod. Vi strävar efter att undvika överlappande åtgärder. Därför ber vi om lov att göra förfrågningar om och beställa papper från de andra instanserna som är inkopplade kring dej/ ditt barn, liksom också att delge dem information och papper härifrån. Vi önskar också få tillstånd att vid behov diskutera med dessa instanser under processens gång

- till alla nämnda instanser
- mamma
 pappa
 annan vårdnadshavare, vem _____
- sjukhus / specialsjukvård / Folkhälsan
 hälsocentral
 remitterande läkare
 vårdansvarig läkare
 ansvarig talterapeut
- skolhälsovård
 speciallärare / lärare
 barnrådgivningen
 omsorgsbyrån
 FPA
 försäkringsbolag
 annat, vad? _____

Jag godkänner att nämnda personer får vara i kontakt med de kruxade instanserna, delge papper och information med varandra om de ärenden som rör utredningen och habiliteringen kring mej/mitt barn. Tillståndet kan avbrytas genom ett meddelande till Helsingfors universitet/medicinska fakulteten/logopedi.

Följande restriktioner bör beaktas: _____

Helsingfors, den ___/___ 20___

_____ (Klientens/vårdnadshavarens namnteckning) _____ (namnförtydligande)