

Barnets namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____ Postnr: _____ Ort: _____

Förälders namn: _____ Behov av tolk? Språk? _____

Telefon hem (inkl riktnr): _____ Telefon arb (inkl riktnr): _____

Del A

Del B

Föremål Barnet säger Var är ..? Ge mig..!

ko/kossa		
hund/vovve		
bil		
sked		
tallrik/fat		
mugg/kopp		
boll		
docka		
väska		

1. "Hur låter hunden?"
2. "Hur låter kossan?"
3. "Hur låter bilen?"
4. "Peka på den stora bilen!"
5. "Peka på den lilla bilen!"
6. "Lägg bollen på tallriken!"
7. "Lägg hunden i muggen!"
8. "Lägg skeden i väskan och lägg dockan på tallriken!"
9. "Peka på magen!"
10. "Peka på din näsa!"
11. "Peka på dockans näsa!"

Ett eller flera svar i skuggad ruta innebär remiss till logoped.

<p>Tidigare hälsoövervakning/utveckling</p> <p>Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Ärftlighet för sen språkutveckling <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Tidigare problem med språkutveckling (6, 8, 10 mån) <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Flerspråkighet? <u>Språk:</u> _____ <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Övrigt _____</p> <p>2 1/2-årsscreening av barnets tal och språkförståelse</p> <p>Talar barnet spontant? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Har barnet 2-ordssatser, t.ex. "titta vovve"? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Efterföljer/förstår barnet uppmaningar? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Tar barnet ögonkontakt med undersökaren? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Tar barnet ögonkontakt med föräldern? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Medverkar barnet bra vid bedömningen? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Stämmer undersökningsresultatet med föräldrasvaren? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Allmänna kommentarer om barnet/undersökningen _____</p>	<p>Föräldrafrågor</p> <p>Antal ord <input checked="" type="checkbox"/> 0-25 <input type="checkbox"/> 25-50 <input type="checkbox"/> >50</p> <p style="text-align: right;"><i>Ja</i> <i>Nej</i></p> <p>2-ordsmeningar? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Förstår längre meningar? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Anv. hellre gester? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Problem tugga/svälja? <input checked="" type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Dreglar mycket? <input type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p> <p>Föräldraoro? <input checked="" type="checkbox"/> <i>Ja</i> <input type="checkbox"/> <i>Nej</i></p>
	<p>Bedömning/åtgärder</p> <p>Kontroll BVC vid 3 års ålder <input type="checkbox"/></p> <p>Remiss hörselprovning <input type="checkbox"/></p> <p>Remiss barnläkare <input type="checkbox"/></p> <p>Remiss öronläkare <input type="checkbox"/></p> <p>Remiss psykolog <input type="checkbox"/></p> <p>Avböjer <input type="checkbox"/></p>

Övrig information _____

BVC _____ Telefon (inkl riktnr): _____

Datum: _____

Underskrift