**Egen vårdbegäran - barn 0 – 6 år** Språklig bedömning

Barnets namn:…………………………………………………………………………………..

Personnr:…………………………………...…………………………………………………… Adress:…………………………………..………………………………………………………

**Målsman:** Namn:…………………………………………………………………………………………...Adress:………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….Tel:………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................. Mail:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Kryssa i de alternativ som stämmer in på barnets språkliga svårigheter:

● Inget tal

● Gester och ljud

● Verkar ha svårt att förstå tal och språk

● Svårförståeligt tal och saknar/byter ut ljud

● Begränsat ordförråd

● Svårigheter att formulera meningar

● Talängslan

 Har du något mer som du vill tillägga? (frivilligt):

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Till egen vårdbegäran ser vi gärna att ni skickar med frågeformulär (barn 0-6 år)

Se nedan

 **Frågeformulär till vårdnadshavare inför språkutredning (barn 0-6 år)**

Barnets namn:............................................................................................................................... Personnummer:…………………………………………………………………………………

Vårdnadshavares namn:………………………………………………………………………...

Ev. syskon (antal och födelseår):..................................................................................................

Förskola (namn och antal timmar/vecka):………………………………………………………

Har barnet haft någon sjukdom/skada/allergi som fordrat sjukhusvård, långvarig medicinering eller liknande?

......................................................................................................................................................

Några komplikationer under graviditet/förlossning/nyföddhetsperiod?

…………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Född i vecka:………………… Födelsevikt:…………………………………………………...

Hur såg spädbarnstiden ut? (åt, sov, skrek, gav blickkontakt?)

…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………..

Är synen kontrollerad och i så fall när?.......................................................................................

Är hörseln kontrollerad och i så fall när?.....................................................................................

Har barnet åldersadekvat grovmotorik (t.ex. springa, klättra, sparka boll):

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Satt vid ca:……………….månader

Gick vid ca:……………….månader

Har barnet åldersadekvat finmotorik (t.ex. klippa, rita, knäppa knappar):

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Leker barnet med jämnåriga kamrater?:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Hur är barnets koncentrationsförmåga?:

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Använder eller har barnet använt napp?.......................................................................................

Hur fungerar måltidssituationer? (God aptit? Äter allt? Dreglar/saglar? Sätter i halsen?):

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Språk**

Sade första orden vid ca:…………………………..månader

Satte samman ord till meningar vid ca:……………månader

Beskriv barnets nuvarande svårigheter med tal/språk?

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Har någon annan i familjen haft svårigheter med tal/språk?

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Hur reagerar barnet om/när hen inte blir förstådd?

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Får barnet någon form av extra stöd eller hjälp i förskolan?

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Har barnet tidigare varit i kontakt med logoped?

......................................................................................................................................................

**Följande frågor gäller endast personer med flerspråkighet:**

 Vilket/vilka språk kom barnet först i kontakt med?

.............................................................................................................................................

Vilket/vilka språk talas i hemmet?

………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………..

När och vid vilken ålder mötte barnet svenska?...........................................................................

Hur upplever ni barnets svenska (tal och förståelse) i förhållande till övriga språk som talas i hemmet? Beskriv:

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Datum och ort:…………………………………………………………………………………..

Vårdnadshavares underskrift: ………………………………………………………………………………………………….Namnförtydligande: …………………………………………………………………………………………………..

Skickas till:

Öron-, näsa- och halscenter Malmö
Fågelbacksgatan 9C, plan 2
Kronprinsens Läkarhus
217 44 Malmö