



Egen vårdbegäran, 0-6 år

Datum: _____

Barnets uppgifter

- Barnets namn: _____
- Personnummer: ____ - ____
- Adress: _____
- Förskola (namn och ca antal timmar/vecka): _____

Vårdnadshavare

1 Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

2 Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

Behövs tolk vid besöket? ☐ Nej ☐ Ja, språk: _____

Samtycke

Jag samtycker till att logopeden får kontakta BVC eller förskola vid behov för att lämna eller inhämta information som kan vara till hjälp för barnet.

☐ Ja ☐ Nej



Barnets språkutveckling

Vilka språkliga svårigheter upplever ni att barnet har? *Kryssa i de alternativ som ni tycker stämmer bäst*

- | | |
|---|---|
| ☐ Använder inga ord än | ☐ Har svårt att uttrycka sig i samtal |
| ☐ Använder främst gester och ljud för att kommunicera | ☐ Har svårt att följa berättelser eller instruktioner |
| ☐ Har svårt att förstå tal och instruktioner | ☐ Drar sig undan eller blir frustrerad vid kommunikation |
| ☐ Svårförståeligt tal | ☐ Verkar undvika att prata (talängslan) |
| ☐ Saknar eller byter ut ljud i ord, till exempel:
_____ | ☐ Stakar sig i talet |
| ☐ Begränsat ordförråd | ☐ Annat:
_____ |
| ☐ Har svårt att sätta ihop meningar | |

Övrig information

Finns det något annat som kan vara bra för oss att känna till?

Underskrift vårdnadshavare: _____

Namnförtydligande: _____

Skicka remissen till:

Skånelogopederna
Östra Mårtensgatan 19
223 61 Lund

Har du frågor? Kontakta oss gärna via telefon eller e-post.