|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cpr. | | |
| Barnets navn: |  | Forældres navne: |
| Barnets adresse: |  |  |
|  |  | Forældres mobilnr.: |
|  |  |  |
| Henvisningsdato: |  | Henvist fra: |
| Henvisningsårsag: | | |
| Er set af ved egen ørelæge indenfor 3 mdr.? |  |  |
| Behov for tolk og i så fald hvilket sprog? |  | Har barnet en tid ved ørelæge og i så fald hvornår? |
| Er der foretaget sprogtest og i så fald  Hvornår:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Type: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resultat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Forældremyndighed:  Mor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Far: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fælles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Resume af logopædisk vurdering  Resume af fysioterapeutisk og psykologisk vurdering  Aktuelle indsatser i forhold til tale og sprog | | |
| Særlige hensyn: | | |

**Samlet set tyder ovenstående på:**

|  |  |
| --- | --- |
| primær forstyrrelse | Beskriv årsag/tilstand Klik her for at angive tekst. |
| sekundær forstyrrelse | Beskriv årsag/tilstand Klik her for at angive tekst. |
| taleforstyrrelse (udfyld type til højre) | Oralmotorisk forstyrrelse (Dysarthria) |
| Oral Dyspraksi (Oral dyspraxia) |
| Verbal dyspraksi (Childhood Apraxia of Speech) |
| Udtalevanskelighed (Articulation Disorder) |
| Anden type: Klik her for at angive tekst. |
| sprogforstyrrelse (DLD / SLI) (udfyld type til højre) | Impressive vanskeligheder |
| Expressive vanskeligheder |
| Anden type: tekst |

**Aktuelle indsatser i forhold til tale og sprog**

Klik her for at angive tekst.

Behov af lægelig vurdering