|  |
| --- |
| 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 faldHvornår:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Type: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Resultat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Forældremyndighed:Mor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Far: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Fælles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Resume af logopædisk vurderingResume af fysioterapeutisk og psykologisk vurderingAktuelle 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