

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:	

Notatark i forbindelse med henvisning til høreklinikken

Samlet set tyder ovenstående på:

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

Aktuelle indsatser i forhold til tale og sprog

Klik her for at angive tekst.

Behov af lægelig vurdering