



Barnets namn: \_\_\_\_\_ Född: \_\_\_\_\_

Målsmans namn: \_\_\_\_\_ Född: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Tfn bostad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tfn arb/mobil: \_\_\_\_\_

<b>Talas annat språk än svenska i hemmet? Vilket/vilka?</b> Moderns språk: _____ Faderns språk: _____	<b>När kom föräldrarna till Sverige?</b> Modern _____ Fadern: _____
<b>Hur samspelar barnet/förälder? Beskriv kort.</b> (t ex blickkontakt, kommunikation)	<b>Vilken barnomsorg? _____</b> <b>sedan när? _____</b>
<b>Reagerar barnet adekvat på tal/uppmaning/instrument?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Hur uttrycker sig barnet mestadels?</b> <input type="checkbox"/> Talar inte alls <input type="checkbox"/> Ljud <input type="checkbox"/> Gester/tecken <input type="checkbox"/> Meningar <input type="checkbox"/> Enstaka ord	<b>Om barnet använder tal, förstås barnet av:</b> <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Utomstående
<b>Hur stort ordförråd:</b> <u>använder</u> barnet? <u>förstår</u> barnet? Ca 0 - 20 ord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ca 20 - 50 ord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ca 50 - 100 ord <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ca 100 – <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>I vilka situationer har barnet språkliga svårigheter?</b> <input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> På förskola/dagmamma <input type="checkbox"/> Tillsammans med främmande/utomstående
<b>Finns hakningar/stamning?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <b>Avviker barnet i sin språkutveckling från sina syskon/kusiner/jämnåriga barn som talar samma språk?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Hur påverkas barnet av sina svårigheter?</b> <input type="checkbox"/> Inte alls <input type="checkbox"/> Lite <input type="checkbox"/> Mycket <b>Är föräldrarna oroliga?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Behövs tolk vid besök på logopedmottagningen?</b> <input type="checkbox"/> Ja <b>Språk/dialekt</b> _____ <input type="checkbox"/> Nej	<b>Övrig information</b>
<b>Andra kontakter:</b> (t ex remiss hörsel, psykolog etc) _____ _____	
<b>Anamnesblankett lämnad:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Inremitterande BVC/stämpel, datum & underskrift:**