

Ansökan om utredning av läs- och skrivsvårigheter och/eller språkstörning gällande elever till och med gymnasiet

Elevens namn

Personnummer

Information om underlag inför logopedutredning

Detta ansökningsformulär kan användas **som bilaga** till remiss för att sammanställa ett komplett remissunderlag inför logopedutredning. Skriv gärna ut ansökningsformuläret från Vårdgivare Skåne vid varje ansökan eftersom formuläret uppdateras kontinuerligt. Om frågeställningen enbart gäller läs – och skrivsvårigheter tas remiss emot tidigt från och med åk 3.

Ansökan innehåller fem delar:

1. Kontaktuppgifter.
2. Skolsköterskas/skolläkares uppgifter inklusive aktuell syn – och hörselstatus.
3. Psykologbedömning.
4. Pedagog och speciallärare/specialpedagogs uppgifter.
5. Eventuell modersmålslärares uppgifter.

Skicka in remiss från journalförande yrkesperson med tydlig frågeställning. Bifoga ansökningsformuläret och andra relevanta dokument till remissen.

Elevens namn

Personnummer

Vänligen observera att allt material ska skickas in samtidigt. Om remissunderlaget är inkomplett returneras remissen för komplettering. När remissen registrerats på Logopedmottagningen placeras eleven i kö för utredning.

Remissvar skickas till remittent efter avslutad utredning. För frågor, kontakta den Logopedmottagning du tänker skicka till, se telefonnummer nedan för respektive adress.

Logopedmottagningen

Helsingborgs lasarett
Olympiahuset BOX 514
251 87 HELSINGBORG
Tel: 042-406 18 20

Logopedmottagningen

Lasarettet Trelleborg
Hedvägen 40
231 85 TRELLEBORG
Tel: 0410-551 98

Logopedmottagningen

Capio Specialisthuset Eslöv
Odengatan 66
243 35 ESLÖV
Tel: 0413-58 00 00

Logopedimottagningen

Skånes universitetssjukhus
205 02 MALMÖ
Tel: 040-625 74 00

Logopedmottagningen

Ängelholms sjukhus
262 81 ÄNGELHOLM
Tel: 0431 – 811 61

Logopedmottagningen

Lasarettet i Landskrona
Gösta Lundhs gata 5
261 36 LANDSKRONA
Tel: 0418-45 42 88

Logopedmottagningen

Ystad Lasarett
Kristianstadvägen 3A
271 82 YSTAD
Tel: 0411-99 54 89

Konsensus Logopedi & KBT

Storgatan 5
211 41 MALMÖ
Tel: 040- 26 00 06

Elevens namn

Personnummer

Logopedmottagningen

Centralsjukhuset

Blekingevägen 6

291 54 KRISTIANSTAD

Tel: 044-309 17 80

Logopedmottagningen

Vimera specialistmottagning

Svaneholmsvägen 1

274 31 SKURUP

Tel: 0411-21 50 00

Har vårdnadshavare och elev möjlighet att komma till
Logopedmottagningen med kort varsel, inom ett dygn?

Ja

Nej

Om ja, ange telefonnummer:

1 Kontaktuppgifter

Uppgifter eleven	
Elevens namn	Personnummer (10 siffror)
Elevens fullständiga adress	Skola och skolår

Elevens namn

Personnummer

Uppgifter vårdnadshavare 1	
Vårdnadshavare 1	Adress vårdnadshavare 1
Telefon dagtid vårdnadshavare 1	Mobiltelefon vårdnadshavare 1

Uppgifter vårdnadshavare 2	
Vårdnadshavare 2	Adress vårdnadshavare 2
Telefon dagtid vårdnadshavare 2	Mobiltelefon vårdnadshavare 2

Uppgifter skolpersonal	
Skolsköterskas/skolläkares namn	E-postadress/telefonnummer
Skolpsykologs namn	E-postadress/telefonnummer
Ansvarig pedagogs namn	E-postadress/telefonnummer
Specialpedagogs/speciallärares namn	E-postadress/telefonnummer
Rektors namn	E-postadress/telefonnummer

Elevens namn

Personnummer

Uppgifter skolpersonal	
Modersmållärares namn	E-postadress/telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Annat modersmål än svenska?

Ja Nej

Om ja, vilket/vilka?

Behövs tolk vid samtal?

Ja Nej

Om ja, vilket/vilka?

Elevens namn

Personnummer

Gemensam vårdnad? (vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna underteckna nedan)

Ja

Nej

Datum då denna ansökan fylls i:

Vårdnadshavare samtycker med sin underskrift till utredning av logoped på logopedmottagningen.

Vårdnadshavare 1 namnteckning

Vårdnadshavare samtycker med sin underskrift till utredning av logoped på logopedmottagningen.

Vårdnadshavare 2 namnteckning

Elevens namn

Personnummer

2 Skolsköterska/skolläkare

Hörsel: _____ enligt
hörselprov.

Datum: _____

(Högst 12 månader gammalt).

Eventuella åtgärder:

Syn: _____ enligt
syntest.

Datum: _____

(Högst 12 månader gammalt).

Eventuella åtgärder:

Har eleven/har eleven haft problem som påverkar utveckling, av t.ex. språk,
motorik och socialt samspel?

Elevens namn

Personnummer

Har eller har eleven haft kontakt med logoped?

Ja

Nej

Om ja, var har eleven haft kontakt?

Vad finns det mer som logopedmottagningen kan behöva veta inför utredningen, t.ex. kontakt med barnklinik eller BUP?

Elevens namn

Personnummer

3 Psykologbedömning

Psykologen gör en bedömning som ska ge svar på och leda till en beskrivning av elevens funktioner. Bedömningen kan innehålla flera komponenter. Vilka delar som ingår avgörs av legitimerad psykolog utifrån svårigheternas art och omfattning samt känd information.

Bedömningen ska ge information om eventuella andra möjliga förklaringsmodeller samt bidra till att rikta de pedagogiska insatserna på bästa sätt.

Psykologbedömningen bifogas. Ansökan om utredning av läs- och skrivsvårigheter/språkstörning. Detta gäller för elever under 18 år.

Elevens namn

Personnummer

4 Pedagog i samråd med vårdnadshavare

Beskriv elevens läsutveckling. Om läskoden är knäckt – när skedde detta?
Hur läser eleven nu (långsamt eller snabbt, gissningar, hackig läsning, omkastningar av bokstäver/ord, förväxlar bokstäver/ord, ljudar, för inte ihop orden, kan ljud-bokstav):

Beskriv elevens skrivförmåga (uttrycker sig på ett åldersadekvat sätt, handstil, förväxlar vokaler, vänder på bokstäver, utelämnar ord/delar av ord):

Elevens namn

Personnummer

Beskriv elevens muntliga berättarförmåga, enskilt och i grupp:

Är det någon skillnad mellan elevens förmåga vad gäller läsning och skrivning i jämförelse med matematik/övriga ämnen? Beskriv:

Hur fungerar inlärningsförmågan i ämnet engelska? Beskriv:

Elevens namn

Personnummer

Samtala med eleven: Hur beskriver eleven själv sin läs – och skrivförmåga? (Endast denna fråga besvaras av eleven) Skriv ner vad eleven säger. (*Skollagen 1 kap 10 § 2st. Barnets inställning ska så långt som möjligt kartläggas. Barn ska ha möjlighet att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör honom eller henne (...).*)

Beskriv elevens koncentrationsförmåga, uthållighet och arbetskapacitet.
Beskriv vad som underlättar respektive försvårar:

Vilka starka sidor har eleven?

Elevers namn

Personnummer

Redogör för resultat på de senaste genomförda nationella proven.

Vid frånvaro, ange antal frånvarotimmar (eller % frånvaro) under det senaste året. Om frånvaro är 0%, skriv X.

4.1 Vid flerspråkighet

Vilka språk talas i hemmet?

Är eleven född i Sverige?

Ja

Nej

Om nej, i vilket land?

Elevens namn

Personnummer

Vilket är elevens starkaste språk?

Vilket språk läser och skriver eleven bäst på?

Vilket land är eleven född i?

När kom eleven till Sverige?

Har eleven gått i skola i annat land?

Ja

Nej

Om ja, i vilket/vilka länder?

Hur länge?

Elevens namn

Personnummer

Vilket var undervisningsspråket?

Var skolgången sammanhängande?

Har eleven gått i skola i Sverige?

Ja

Nej

Om ja, Vilken ålder hade eleven vid skolstart i Sverige?

Elevens namn

Personnummer

5 Pedagog/Specialpedagog/speciallärare

Eleven har tagits upp i EHT på skolan.

Datum: _____

Eleven har inte tagits upp i EHT på skolan.

Vilka extra anpassningar och/eller särskilt stöd har eleven fått under sin skolgång, t.ex. lästräning (vilken metod?) eller studiemiljö?

Vilken effekt har detta haft?

Elevens namn

Personnummer

Åtgärdsprogram bifogas

Åtgärdsprogram är ej formulerat på grund av:

Kartläggning av elevens skolsituation på organisations-, grupp- och individnivå bifogas. (Se t.ex. stödmaterial på [spsm hemsida](#))

Pedagogisk läs- och skrivkartläggning på individnivå bifogas.

Vilka extra anpassningar och/eller särskilt stöd har eleven idag?
(Användning av eventuella tekniska hjälpmedel?)

5.1 Genomförda pedagogiska test

Avkodningstest: _____

Åk: _____

Datum: _____

Poäng: _____

Stanine: _____

Elevens namn

Personnummer

Stavningstest: _____

Åk: _____

Datum: _____

Poäng: _____

Stanine: _____

Läsförståelsetest: _____

Åk: _____

Datum: _____

Poäng: _____

Stanine: _____

5.1.1 Eventuella övriga språk-/läs- och skrivtest:

Test: _____

Åk: _____

Datum: _____

Poäng: _____

Stanine: _____

Elevens namn

Personnummer

Test: _____

Åk: _____

Datum: _____

Poäng: _____

Stanine: _____

Bifoga gärna eventuella testformulär samt ett exempel på fri skrivning, gärna orättad och handskriven!

För mer information se Pedagogisk utredning av läs- och skrivsvårigheter/dyslexi inne på specialpedagogiska skolmyndighetens (spsm) hemsida.

[Klicka här för att komma till spsm hemsida.](#)

Elevens namn

Personnummer

6 Modersmåslärare (om annat modersmål än svenska)

Vilka/vilket språk har eleven modersmålsundervisning i?

Har eleven studiehandledning i modersmålet?

Ja

Nej

Om ja, i vilket språk?

Har modersmålet även ett skriftspråk?

Ja

Nej

Vilket språk läser och skriver eleven bäst på?

Elevens namn

Personnummer

Hur länge har eleven deltagit i modersmålsundervisningen?

Antal timmar/veckan?

Vid frånvaro ange antal frånvarotimmar under det senaste året:

Förstår eleven vad som sägs på modersmålet, t.ex. instruktioner?

Ja

Nej

Hur är elevens ordförråd på modersmålet i förhållande till sin ålder?

Stort

Medel

Litet

Elevens namn

Personnummer

Talar eleven i meningar på modersmålet?

Ja

Nej

Om ja, hur långa meningar har eleven oftast?

Är meningarna grammatiskt korrekta?

Ja

Nej

Kommentar:

Uttalar eleven orden korrekt?

Ja

Nej

Om nej, vad är svårt?

Elevens namn

Personnummer

Hur läser eleven på modersmålet? Vilka typer av fel görs? (t.ex. tar om ord, läser fel på bokstäver, hoppar över ord etc.):

Hur är hastigheten när eleven läser?

Snabb Genomsnittlig Långsam

Förstår eleven innehållet när han/hon läser?

Ja Nej

Vilka nivåer på texter klarar eleven att läsa?

Lätta Medel Svåra

Kommentar:

Elevens namn

Personnummer

Hur stavar eleven (feltyper, skriver som det låter, kan ej stavningsregler etc.)?

Hur formulerar sig eleven skriftligt?

Fungerar det bättre eller sämre att skriva jämfört med att berätta muntligt?

Godkänd av Helena Fridh

E-post Helena.Fridh@skane.se

Observera att ifyllt formulär ska skickas till aktuell mottagning, se sida 2 och 3.