

## ANSÖKAN TILL UTREDNING AV RÄKNEFÖRMÅGA GÄLLANDE ELEVER I ÅRSKURS 4 TILL OCH MED GYMNASIET

Elevens namn  Klass

### Information om underlag för logopedutredning

Använd underlaget som en hjälp och vägledning i era diskussioner om elevens räknsvårigheter. I samtalet bör flera personer delta såsom förälder, pedagog och personal från skolhälsovården. Våra erfarenheter är att det kan finnas många olika förklaringar till varför en elev har svårt med matematik. Samtalet kan utmynna i ett beslut om att andra åtgärder eller insatser är lämpligare att börja med än en utredning av räkneförmåga (dyskalkyliutredning). Om beslut tas att eleven bör genomgå en utredning av räkneförmåga, ber vi om en komplett ansökan.

OBSERVERA att vi gör utredning av räkneförmåga tidigast när eleven börjat årskurs 4.

Information om räknsvårigheter/dyskalkyli finns på [www.ds.se](http://www.ds.se) (Talkliniken Danderyds Sjukhus AB:s hemsida) och på [www.1177.se](http://www.1177.se)  
Dyskalkyliutredning utförs av Logopedmottagningarna i Helsingborg, Malmö och Trelleborg.

Följande uppgifter ska finnas med vid remittering:

1. Remiss med frågeställning från journalföringspliktig person.
2. Kontaktuppgifter.
3. Rektors uppgifter.
4. Skolsköterska/skolläkares uppgifter.
5. Psykologs uppgifter.
6. Ansvarig pedagogs uppgifter i samråd med vårdnadshavare och övrig berörd personal.

Skriv gärna ut ansökningsformuläret från internet vid varje ansökan eftersom formuläret uppdateras kontinuerligt.

Skicka in komplett ifyllt ansökningsformulär inklusive remiss med frågeställning till någon av mottagningarna nedan. Vänligen observera att allt material i ansökan ska skickas in samtidigt. Om ansökan inte är komplett kan vi inte göra en bedömning och därför returneras ansökan. När komplett ansökan inkommit görs en bedömning om det är aktuellt med en utredning av räkneförmåga.

Dyskalkyliutredningar utförs vid Logopedmottagningarna i Helsingborg, Malmö och Trelleborg.

Logopedmottagningen  
Helsingborgs lasarett  
Charlotte Yhlens gata 5  
251 87 Helsingborg  
Tel: 042-406 18 20

Logopedmottagningen  
Skånes universitetssjukhus  
ÖNH-mottagning, logopedi  
205 02 Malmö  
Tel: 040-625 74 00

Logopedmottagningen  
Lasarettet Trelleborg  
Hedvägen 46  
231 85 Trelleborg  
Tel: 0410-55 210

Logopedi & KBT  
Konsensus  
Storgatan 5  
211 41 Malmö  
Tel: 040-26 00 06

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

Ja  Är tillgänglig på telefonnummer:

Nej

Elevens namn Klass 

## 1. Kontaktuppgifter

Elev

Namn Postadress Personnummer 

Skola

Namn Postadress Årskurs 

Vårdnadshavare 1

Namn Postadress Telefon dagtid/ Mobiltelefon 

Vårdnadshavare 2

Namn Postadress Telefon dagtid/ Mobiltelefon 

Gemensam vårdnad

(vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare underteckna)

Ja  Nej Annat modersmål än svenska Ja  Nej 

Om ja: vilket/vilka språk/dialekt?

Behövs tolk vid samtal Ja  Nej 

Om ja: vilket/vilka språk/dialekt?

Skolläkare

Namn E-postadress Telefonnummer 

Skolsköterska

Namn E-postadress Telefonnummer 

Ansvarig Pedagog

Namn E-postadress Telefonnummer 

Skolpsykolog

Namn E-postadress Telefonnummer 

Rektor

Namn E-postadress Telefonnummer 

Specialpedagog/ speciallärare

Namn E-postadress Telefonnummer 

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

Vårdnadshavare 1, underskrift

Namnförtydligande Datum 

Vårdnadshavare 2, underskrift

Namnförtydligande Datum

Elevens namn

Klass

## 2. Rektor

 Eleven har tagits upp i EHT (Elevhälsoteamet) på skolan. Datum: Eleven har inte tagits upp i EHT på skolan på grund av: Åtgärdsprogram bifogas.  Åtgärdsprogram är inte formulerat på grund av:

Förutom remittenten har följande personer diskuterat och besvarat frågorna i ansökan:

Vårdnadshavare 1

Ja Nej 

Vårdnadshavare 2

Ja Nej 

Annan (anges i fältet efter).

Ja Nej 

Skolläkare

Ja Nej 

Skolsköterska

Ja Nej 

Psykolog

Ja Nej 

Pedagog

Ja Nej 

Specialpedagog/speciallärare

Ja Nej 

Rektor

Ja Nej 

Rektors underskrift

Datum

Namnförtydligande

## 3. Skolsköterska/ Skolläkare

 Hörsel enligt hörselprov.

Datum:

Resultat (högst 12 månader gammalt)

 Syn enligt syntest.

Datum:

Resultat (högst 12 månader gammalt)

Har eleven tidigare haft problem med syn/hörsel och/eller andra för utredningen relevanta hälsoproblem? Vilka:

Hur var elevens språkutveckling, tidig-normal-sen? Beskriv:

Har eleven tidigare haft kontakt med logoped?

Ja Nej 

Vilket år och vilken Logopedmottagning?

Vad finns det mer som Logopedmottagningen kan behöva veta inför utredningen, till exempel kontakt med barnklinik, skolpsykolog eller Barn- och ungdomspsykiatri? Beskriv:

Elevens namn Klass 

Om eleven har genomgått andra utredningar, till exempel neuropsykiatrisk, psykologisk, läs-och skrivsvårigheter eller annan typ av utredning, fyll i nedan (Bifoga även resultat av genomgångna utredningar):

År: <input type="text"/>	Utredning	<input type="text"/>	År: <input type="text"/>	Utredning	<input type="text"/>
År: <input type="text"/>	Utredning	<input type="text"/>	År: <input type="text"/>	Utredning	<input type="text"/>

Skolsköterska underskrift
<input type="text"/>

Namnförtydligande

Datum

Skolläkare underskrift
<input type="text"/>

Namnförtydligande

Datum

#### 4. Psykolog

Eftersom dyskalkyli diagnosen enligt WHO:s definition baseras på ett diskrepanskriterium (det vill säga det måste finnas en diskrepans mellan generell begåvning och matematisk förmåga) är kunskap om elevens generella begåvning nödvändig för fastställande av diagnos.

Psykologen gör en bedömning som ska ge svar på och leda till en beskrivning av elevens funktioner.

Bedömningen ska innehålla flera komponenter.

Vilka delar som ingår avgörs av legitimerad psykolog utifrån svårigheternas art och omfattning samt känd information. Bedömningen ska också ge information om andra eventuella möjliga förklaringsmodeller samt bidra till att rikta de pedagogiska insatserna på bästa sätt. Psykologbedömningen bifogas ansökan.

Har det i psykologbedömningen framkommit andra svårigheter som kan förklara eller bidra till räkningsvårigheterna? Ja  Nej

Vilka:

Psykologens underskrift
<input type="text"/>

Datum

Namnförtydligande

#### 5. Ansvarig pedagog i samråd med vårdnadshavare och övrig berörd personal

Vad är det som gör att du/ni misstänker att eleven har dyskalkyli? Beskriv:

När började räkningsvårigheterna? Beskriv:

Har eleven fått extra anpassningar/särskilt stöd gällande matematik? Ja  När datum:  Nej

I vilken form och omfattning:

På vilken nivå arbetar eleven i förhållande till förväntad nivå? Beskriv:

Är elevens prestationer ojämna inom matematik? Ja  Nej

Vad fungerar bra? Vad fungerar mindre bra? (Exempelvis har eleven svårt att arbeta med basal huvudräkning men klarar att hantera problemlösning?) Beskriv:

Är elevens prestation inom matematik ojämna över tid? Exempelvis kan eleven en sak ena veckan för att sedan glömt det en vecka senare. Beskriv:

Elevens namn Klass 

På vilket sätt påverkar elevens matematiska förmåga övriga ämnen som till exempel kemi, fysik, hemkunskap, slöjd och musik? Beskriv:

Hur fungerar övriga ämnen? Exempelvis resultat på nationella prov. Hur fungerar det med betyg? Beskriv:

Hur visar sig elevens räknesevigheter i vardagen? Exempelvis vid hantering av pengar, tidsuppfattning, tidsplanering och orienteringsförmåga. Beskriv:

Har eleven generellt svårt att lära sig nya saker? Ja  Nej 

Hur ser svårigheterna ut och vet man orsaken till dessa? Beskriv:

Har eleven under sin skoltid deltagit i den planerade undervisningen på ett förväntat sätt? Finns det längre perioder av frånvaro? Beskriv:

Har eleven varit med om upprepade skolbyten eller haft många olika lärare i matematik? Beskriv:

Finns det något annat som kan ha påverkat elevens räknesevigheter? Beskriv:

Övrig information:

Är eleven flerspråkig Ja  Nej I vilket land är eleven född? När kom eleven till Sverige? Har eleven gått i skolan i annat land? Ja  Nej  Vilket land?  Hur lång tid? Har skolgången varit kontinuerlig? Hur länge har eleven gått i Sverige? Får eleven modersmålsundervisning? Ja  Nej  Vilket språk? 

Ansvarig pedagogs underskrift

Datum

Namnförtydligande