

Logopedmottagningarna i Region Skåne (Eslöv, Helsingborg, Malmö, Kristianstad, Landskrona, Simrishamn, Trelleborg, Ystad, Ängelholm)



ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH SKRIVSVÄRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET

Elevers namn: _____

Klass: _____

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 tidigast från och med åk 3. Ansökan innehåller fem delar:

1. Kontaktuppgifter
2. Skolsköterskas/Skolläkares uppgifter inklusive aktuellt 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.

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 nedanför respektive adress.

Logopedmottagningen
Helsingborgs lasarett
Olympiahuset Box 514
251 87 HELSINGBORG
Tel: 042-406 18 18

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

Logopedmottagningen
Närsjukhus Österlen, Simrishamn
Sjukhusvägen 1
272 32 SIMRISHAMN
Tel: 0414-155 60

Logopedmottagningen
Lasarettet Trelleborg
Hedvägen 46
231 85 TRELLEBORG
Tel: 0410-552 10

Logopedmottagningen
Ystad Lasarett
Kristianstadvägen 3 A
271 82 YSTAD
Tel: 0411-90 54 89

Logopedmottagningen
Skånes universitetssjukhus
Stadiongatan 6
214 32 MALMÖ
Tel: 040-33 10 12

Logopedmottagningen
Ängelholms sjukhus
262 81 ÄNGELHOLM
Tel: 0431-811 61

Logopedmottagningen
Centralsjukhuset
291 85 KRISTIANSTAD
Tel: 044-309 17 80

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

Logopedmottagningen
Lasarettet i Landskrona
261 24 LANDSKRONA
Tel: 0418-45 42 88

Har vårdnadshavare och elev möjlighet att komma till Logopedmottagningen med kort varsel, inom ett dygn? Nej Ja, är tillgänglig på telefonnummer:

Logopedmottagningarna i Region Skåne (Eslöv, Helsingborg, Malmö, Kristianstad, Landskrona, Simrishamn, Trelleborg, Ystad, Ängelholm)



**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÄRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevers namn: _____

Klass: _____

1. KONTAKTUPPGIFTER

Elevers namn	Personnummer (10 siffror)
Elevers fullständiga adress	Skola och skolår
Vårdnadshavare 1	Adress vårdnadshavare 1
Telefon dagtid vårdnadshavare 1	Mobiltelefon vårdnadshavare 1
Vårdnadshavare 2	Adress vårdnadshavare 2
Telefon dagtid vårdnadshavare 2	Mobiltelefon vårdnadshavare 2
Skolsköterskas/Skolläkares namn	Skolpsykologs namn
E-postadress/tel.nr	E-postadress/tel.nr
Ansvarig pedagogs namn	Specialpedagog/speciallärares namn
E-postadress/tel.nr	E-postadress/tel.nr
Rektors namn	Modersmållärares namn
E-postadress/tel.nr	E-postadress/tel.nr
Annat modersmål än svenska? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilket/vilka?	Behövs tolk vid samtal? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilket/vilka?
Gemensam vårdnad? (Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna underteckna nedan) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Datum då denna ansökan fylls i
Vårdnadshavare samtycker med sin underskrift till utredning av logoped på logopedmottagningen. _____	Vårdnadshavare samtycker med sin underskrift till utredning av logoped på logopedmottagningen. _____
/Vårdnadshavare 1, namnteckning/	/Vårdnadshavare 2, namnteckning/

Logopedmottagningarna i Region Skåne (Eslöv, Helsingborg, Malmö, Kristianstad, Landskrona, Simrishamn, Trelleborg, Ystad, Ängelholm)



**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÅRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevens namn: _____

Klass: _____

2. SKOLSKÖTERSKA/SKOLLÄKARE

<p>Hörsel: enligt hörselprov. Datum: (högst 12 månader gammalt)</p> <p>Eventuella åtgärder:</p>
<p>Syn: enligt syntest. Datum: (högst 12 månader gammalt)</p> <p>Eventuella åtgärder:</p>
<p>Har eleven/har eleven haft problem som påverkar utvecklingen, av tex språk, motorik och socialt samspel?</p>
<p>Har eller har eleven haft kontakt med logoped?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja. Var?</p>
<p>Vad finns det mer som logopedmottagningen kan behöva veta inför utredningen, t.ex kontakt med barnklinik eller BUP?</p>

Logopedmottagningarna i Region Skåne (Eslöv, Helsingborg, Malmö, Kristianstad, Landskrona, Simrishamn, Trelleborg, Ystad, Ängelholm)



**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÅRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevens namn: _____

Klass: _____

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.

**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÄRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevers namn: _____

Klass: _____

4. PEDAGOG I SAMRÅD MED VÅRDNADSHAVARE

1. 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, får ej ihop orden, kan ljud-bokstav)?

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

3. Beskriv elevens muntliga berättarförmåga, enskilt och i grupp.

4. Beskriv elevens hörförståelse (tar till sig muntlig information, förstår instruktioner).

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

6. Hur fungerar inlärningsförmågan i ämnet engelska? Beskriv.

7. **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§...: Barnets inställning ska så långt det är möjligt klarläggas. Barn ska ha möjlighet att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör honom eller henne...)

**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÅRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevers namn: _____

Klass: _____

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

9. Vilka starka sidor har eleven?

10. Redogör för resultat på de senast genomförda nationella proven.

11. Vid frånvaro, ange antal frånvarotimmar (eller % frånvaro) under det senaste året:

Sätt X om 0 % frånvaro

VID FLERSPRÅKIGHET

12. Vilka språk talas i hemmet?

13. Är eleven född i Sverige?

Ja

Nej I vilket land?

Ålder vid ankomst till Sverige:

Ålder vid skolstart i Sverige:

14. Har eleven gått i skola i annat land?

Ja I vilket/vilka länder och hur lång tid?

Nej

15. Vilket är elevens starkaste språk?

**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÅRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevens namn: _____

Klass: _____

5. PEDAGOG/SPECIALPEDAGOG/SPECIALLÄRARE

16. Eleven har tagits upp i EHT på skolan. Datum:

Eleven har ej tagits upp i EHT på skolan.

17a. Vilka extra anpassningar och/eller särskilt stöd har eleven fått under sin skolgång, tex lästräning (vilken metod?) eller studiemiljö?

b. Vilken effekt har detta haft?

18. Åtgärdsprogram bifogas.

Åtgärdsprogram är ej formulerat på grund av:

Kartläggning av elevens skolsituation på organisations-, grupp- och individnivå bifogas. (Se tex stödmaterial på www.spsm.se.)

Pedagogisk läs- och skrivkartläggning på individnivå bifogas.

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

GENOMFÖRDA PEDAGOGISKA TEST

• Avkodningstest: åk: datum: poäng: stanine:

• Stavningstest: åk: datum: poäng: stanine:

• Läsförståelsetest: åk: datum: poäng: stanine:

Eventuella övriga språk-/läs- och skrivtest:

test: åk: datum: poäng: stanine:

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 på www.spsm.se.)

**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÄRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevers namn: _____

Klass: _____

6. MODERSMÅLSLÄRARE (OM ANNAT MODERSMÅL ÄN SVENSKA)

<p>1a. Vilka/vilket språk har eleven modersmålsundervisning i?</p> <p>1b Har eleven studiehandledning i modersmålet <input type="checkbox"/> Ja I så fall i vilket språk? <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>1b. Har modersmålet även ett skriftspråk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>1c. Vilket språk läser och skriver elevens bäst på?</p>
<p>2a. Hur länge har eleven deltagit i modersmålsundervisningen?</p> <p>2b. Antal timmar/vecka?</p> <p>2c. Vid frånvaro ange antal frånvarotimmar under det senaste året.</p>
<p>3. Förstår eleven vad som sägs på modersmålet, t.ex. instruktioner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>4. Hur är elevens ordförråd på modersmålet i förhållande till sin ålder? <input type="checkbox"/> Stort <input type="checkbox"/> Medel <input type="checkbox"/> Litet</p>
<p>5a. Talar eleven i meningar på modersmålet? <input type="checkbox"/> Ja Hur långa meningar har eleven oftast? <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>6. Är meningarna grammatiskt korrekta? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kommentar:</p>
<p>7a. Uttalar eleven orden korrekt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vad är svårt?</p>
<p>8. Hur läser eleven på modersmålet? Vilka typer av fel görs (t ex tar om ord, läser fel på bokstäver, hoppar över ord...)</p>
<p>9. Hur är hastigheten när eleven läser? <input type="checkbox"/> Snabb <input type="checkbox"/> Genomsnittlig <input type="checkbox"/> Långsam</p>

Logopedmottagningarna i Region Skåne (Eslöv, Helsingborg, Malmö, Kristianstad, Landskrona, Simrishamn, Trelleborg, Ystad, Ängelholm)



**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVSVÅRIGHETER OCH/ELLER SPRÅKSTÖRNING
GÄLLANDE ELEVER TILL OCH MED GYMNASIET**

Elevens namn: _____

Klass: _____

10. Förstår eleven innehållet när han/hon läser? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Vilken nivå på texter klarar eleven att läsa? <input type="checkbox"/> Lätta <input type="checkbox"/> Medel <input type="checkbox"/> Svåra Kommentar:
12. Hur stavar eleven (feltyper, skriver som det låter, kan ej stavningsregler...)?
13. Hur formulerar sig eleven skriftligt?
14. Fungerar det bättre eller sämre att skriva jämfört med att berätta muntligt?