

## Ansökan om utredning av räkneförmåga gällande elever i årskurs 4 till och med gymnasiet

Elevens namn:

Personnummer:

### Information om underlag för logopedutredning

Använd underlaget som en hjälp och vägledning i era diskussioner om elevens räknesvårigheter. 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 räknesvårigheter/dyskalkyli finns på Logopedkliniken Danderyds sjukhus AB hemsida och på 1177 hemsida.

Elevens namn:

Personnummer:

Följande uppgifter ska finnas med vid remittering:

1. Remiss med frågeställning från journalföringspliktig person.
2. Kontaktuppgifter.
3. Rektors uppgifter.
4. Skolsköterska eller 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 aktuell mottagning. Vänligen observera att allt material i ansökan ska skickas in samtidigt. Om ansökan inte är komplett kan vi inte göra en bedömning av den och därför returneras ansökan. När komplett ansökan inkommit görs en bedömning om det är aktuellt med en utredning av räkneförmåga. Observera att frågeformuläret ska fyllas i digitalt eller med bläck och tydlig handstil.

[Välj logopedimottagning för barn och unga i Skåne - 1177](#)

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

Ja

Nej

Är tillgänglig på telefonnummer:

Elevens namn

Personnummer

## 1 Kontaktuppgifter

### **Elev**

Namn

Postadress

Personnummer

### **Skola**

Namn

Postadress

Årskurs

### **Vårdnadshavare 1**

Namn

Postadress

Telefonnummer

### **Vårdnadshavare 2**

Namn

Postadress

Telefonnummer

Elevens namn

Personnummer

### **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?

Elevens namn

Personnummer

### **Skolläkare**

Namn

E-postadress

Telefonnummer

### **Skolsköterska**

Namn

E-postadress

Telefonnummer

### **Ansvarig pedagog**

Namn

E-postadress

Telefonnummer

### **Skolpsykolog**

Namn

E-postadress

Telefonnummer

Elevens namn

Personnummer

**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

Datum

Namnförtydligande

Vårdnadshavare 2 underskrift

Datum

Namnförtydligande

Elevens namn

Personnummer

## 2 Rektor

Ja, eleven har tagits upp i EHT (elevhälsoteamet) på skolan

Datum:

Nej, eleven har inte tagits upp i EHT (elevhälsoteamet) på skolan

Om svaret är nej, vilken är anledningen till att eleven inte har tagits upp i EHT på skolan?

Åtgärdsprogram bifogas

Åtgärdsprogram är inte formulerat på grund av:

Elevens namn

Personnummer

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

**Vårdnadshavare 1**

Ja

Nej

**Psykolog**

Ja

Nej

**Vårdnadshavare 2**

Ja

Nej

**Pedagog**

Ja

Nej

**Skolläkare**

Ja

Nej

**Specialpedagog / speciallärare**

Ja

Nej

**Skolsköterska**

Ja

Nej

**Rektor**

Ja

Nej

**Annan (anges i fältet efter)**

Ja

Nej

Ange annan roll:



Elevens namn

Personnummer

Rektors underskrift

Datum

Namnförtydligande

Elevens namn

Personnummer

### 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 eller hörsel och/eller andra för utredning relevanta hälsoproblem? Vilka:

Elevens namn

Personnummer

Hur var elevens språkutveckling? Tidigt/normal/sen? Beskriv:

Har eleven tidigare haft kontakt med logoped?

Ja

Nej

Om ja, 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

Personnummer

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:

Utredning:

År:

Utredning:

År:

Utredning:

År:

Utredning:

Skolsköterska underskrift

Datum

Namnförtydligande

Elevens namn

Personnummer

Skolläkare underskrift

Datum

Namnförtydligande

Elevens namn	<input type="text"/>
Personnummer	<input type="text"/>

## 4 Psykolog

Eftersom dyskalkylidiagnosen 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. Psykologbedömning bifogas ansökan.

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

Ja

Nej

Vilka:

Elevens namn

Personnummer

Psykologens underskrift

Datum

Namnförtydligande

Elevens namn

Personnummer

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

Vilka starka sidor har eleven? Beskriv:

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



Elevens namn

Personnummer

När började räknesvårigheterna? Beskriv:

Har eleven fått extra anpassningar/särskilt stöd gällande matematik?

Ja

Nej

När? I vilken form och omfattning? Beskriv:

Elevens namn

Personnummer

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:

Elevens namn

Personnummer

Är elevens prestationer inom matematik ojämn över tid? (Exempelvis kan eleven en sak ena veckan för att sedan glömt det en vecka senare?) Beskriv:

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:

Elevens namn

Personnummer

Hur visar sig elevens räknesvårigheter 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:

Elevens namn

Personnummer

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

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

Elevens namn

Personnummer

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

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

Övrig information:

Elevens namn

Personnummer

Har elevens läs- och skrivutveckling följt det förväntade? Om inte, beskriv:

Beskriv elevens språkliga förmåga (hörförståelse, ordförråd, uttrycksförmåga etc.):

Elevens namn

Personnummer

Är eleven flerspråkig?

Ja

Nej

I vilket land är eleven född?

När kom eleven till Sverige?

Har eleven gått i skola i ett annat land?

Ja

Nej

Om du/ni svarat ja på ovanstående fråga.

Vilket land?

Hur lång tid?

Har skolgången varit kontinuerlig?



Elevens namn

Personnummer

Hur länge har eleven gått i skola i Sverige?

Får eleven modersmålsundervisning?

Ja

Nej

Vilket språk?

Ansvarig pedagogs underskrift

Datum

Namnförtydligande

Godkänt av Veronica Magnusson  
E-post [Veronica.Magnusson@skane.se](mailto:Veronica.Magnusson@skane.se)

Observera att ifyllt formulär ska skickas till aktuell mottagning, se 1177.se.