

Arbetsformulär språk vid 2,5 år

Datum:					
Barnets namn:			Person- nummer:		
BVC:			Bedömare:		
Tidigare hälsoövervakning/utveckling enligt BVC-journal			Ja	Nej	
Hörselnedsättning/upprepade otiter/otosalpingiter			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ärftlighet för sen språkutveckling/läs- och skrivsvårigheter			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tidigare problem med språkutveckling (vid 6, 10, 18 mån)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flerspråkighet			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Språk i familjen (f) omgivningen (o)					
1.		2.			
3.		4.			
Övrigt:					
2,5-års screening			Ja	Nej	
PRODUKTION	1.	Talar barnet spontant?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	Skriv ner hur barnet säger:			
		docka	bil	kopp/mugg	
		fat/tallrik	sked	boll	
		hund	ko	väska	
	3.	Härmar barnet kon, hunden, bilen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	Har barnet 2-ordssatser, t ex "titta vovve"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÖRSTÅELSE	5.	Förstår barnet prepositionerna i eller på , t ex "Lägg skeden i väskan"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6.	Kan barnet peka ut den lilla respektive stora bilen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7.	Kan barnet peka ut olika kroppsdelar på sig själv eller dockan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8.	Förstår barnet följande uppmaning: "Sätt skeden i koppen" och "Lägg dockan på väskan"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9.	Medverkar barnet bra vid bedömningen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10.	Stämmer undersökningsresultatet med föräldrasvaren?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11.	Allmänna kommentarer om barnet/undersökningen			
Bedömning/åtgärder					
	Utan anmärkning	<input type="checkbox"/>	Remiss barnläkare	<input type="checkbox"/>	
	Kontroll BVC vid 3 år	<input type="checkbox"/>	Remiss öronläkare	<input type="checkbox"/>	
	Remiss logoped och hörselprovning	<input type="checkbox"/>	Remiss psykolog	<input type="checkbox"/>	
	Remiss hörselprovning	<input type="checkbox"/>	Avböjer	<input type="checkbox"/>	