

Logopedremiss v g bifoga arbets - och föräldraformulär.

Remissdatum	Person-nummer:.....	
Barnets namn.....		
Adress.....		
Vårdnadshavare		
Tfn hem.....	Tfn arbete.....	Tfn mobil.....
BVC sjuksköterska	BVC.....	
BVC adress (stämpel).....		
Behov av tolk (språk).....		

Tidigare hälsoövervakning/utveckling enligt BVC-journal **Ja** **Nej**

Hörselnedsättning/upprepade otiter/otosalpingiter

Ärftlighet för sen språkutveckling/läs- och skrivsvårigheter

Tidigare problem med språkutveckling (*vid 6, 10/12, 18 mån*)

Flerspråkighet
familjen (f) omgivningen(o)

Övrig information t ex medicinsk fakta av betydelse

.....

Åtgärder/bedömning

Remiss logoped och hörselprovning

Remiss hörselprovning

Remiss psykolog

Remiss barnläkare

Remiss annan instans