

**Blankett för förhandsuppgifter - konfidentiellt**

Var vänlig och svara på frågorna om ert barn och hans eller hennes utveckling. Förfrågningen ingår i den undersökning som talterapeuten gör av ert barn och hjälper terapeuten att få en bättre helhetsuppfattning om barnets situation. Vid behov kan ni fortsätta svaren på blankettens baksida.

**Personuppgifter**

Barnets namn: \_\_\_\_\_ Födelsedatum: \_\_\_\_\_

Moderns namn: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faderns namn: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Vårnadshavarens adress: \_\_\_\_\_ Postnummer och ort: \_\_\_\_\_

E-postadress: \_\_\_\_\_ Dagvårdsenhet: \_\_\_\_\_

Hemspråk  finska  svenska  tvåspråkig, moderns modersmål \_\_\_\_\_ faderns modersmål \_\_\_\_\_

Talar någon i familjen eller den närmaste omgivningen något annat språk än de nämnda? \_\_\_\_\_

Syskonens namn och födelseår: \_\_\_\_\_

**Barnets utveckling**

Var det något ovanligt med faserna här nedan? Vad?

Fosterstadiet \_\_\_\_\_

Födelsen \_\_\_\_\_

Nyfödda stadiet \_\_\_\_\_

Födelsevikt \_\_\_\_\_ Längd \_\_\_\_\_ Apgarpoäng \_\_\_\_\_

**Ange vid vilken ålder barnet började**

krypa \_\_\_\_\_ stå upp \_\_\_\_\_ gå utan stöd \_\_\_\_\_

dia \_\_\_\_\_ ge ifrån sig ljud \_\_\_\_\_ jollra \_\_\_\_\_

säga sina första ord \_\_\_\_\_ säga sina första meningarna \_\_\_\_\_

Hur har ert barns finmotorik utvecklats (äter själv med sked; hur avänder han eller hon penna, leker hon eller han lekar som kräver fingerfädighet)?

**Har ert barns hörsel undersökts?** Var, när? \_\_\_\_\_

Om den har undersökts, var den normal eller nedsatt? \_\_\_\_\_

Har ert barn haft öroninflammationer? \_\_\_\_\_

Har ert barn fått rör i örat? (när,var?) \_\_\_\_\_

Sjukhusvård, utförda undersökningar och åtgärder

--

Har ert barn konstaterats ha strukturella avvikelser? \_\_\_\_\_

Har ert barn några underliggande sjukdomar? \_\_\_\_\_

Har något av följande förekommit i familjen eller den närmaste släkten? Hos vem?

Fördröjd utveckling av tal, att lära sig tala sent \_\_\_\_\_

Speciella svårigheter med utvecklingen av språket \_\_\_\_\_

Stamning i tidig barndom/vuxen ålder \_\_\_\_\_

Svårigheter med att läsa och skriva \_\_\_\_\_

Inlärningsvårigheter (t.ex.. matematik) \_\_\_\_\_

Svårigheter med att benämna saker eller hitta ord \_\_\_\_\_

Uttalsfel (t.ex. R och S) \_\_\_\_\_

Utvecklingsstörning \_\_\_\_\_

Kluven läpp eller gom \_\_\_\_\_

Nedsatt hörsel eller dövhet \_\_\_\_\_

Andra diagnosticerade syndrom (t.ex. ADHD, Asperger, autism) \_\_\_\_\_

Hur väl har ert barn klarat av följande färdigheter när det gäller att äta?

Att dia och svälja som nyfödd \_\_\_\_\_

Att övergå till fast föda (har det förekommit kväljningar och kräkningar?) \_\_\_\_\_

Att tugga grövre mat noggrant \_\_\_\_\_

---

Att dricka ur mugg eller med sugrör \_\_\_\_\_

---

Använder ert barn napp? / upp till vilken ålder? \_\_\_\_\_

---

Dräglar barnet? \_\_\_\_\_

---

Andas ert barn mest med öppen mun eller genom näsan? \_\_\_\_\_

---

Har ert barn konstaterats ha stora halsmandlar/stor svalgmandel (vilket kan ge upphov till nästäppa, snarkning, allt värre infektioner)?

---

### Utveckling av tal, språk och kommunikation

Stannar ert barn upp och lyssnar när ni talar till honom eller henne? \_\_\_\_\_ läser en bok? \_\_\_\_\_

Har det förekommit situationer i vardagen, då barnet inte har förstått innehållet i ett samtal (t.ex. när ni hänvisar till något som har hänt eller ska hända)?

---

Talar ert barn flytande? \_\_\_\_\_

---

Förekommer stamning? \_\_\_\_\_ snabbt tal som bara försar fram? \_\_\_\_\_

Hur talar ert barn just nu? Förstår ni där hemma och era gäster barnets tal? \_\_\_\_\_

---

Hur förhåller sig barnet till sitt eget tal? \_\_\_\_\_

---

Är ni bekymrade över barnets tal? \_\_\_\_\_

---

Har barnet varit i talterapi förut? (var, hos vem?) \_\_\_\_\_

---

Hurdana lekar  
leker ert barn?

--

## Samtycke till överlåtelse av uppgifter om talterapi

- Jag samtycker till att uppgifter om talterapi för mitt barn kan överlåtas till vårdpersonal inom dagvården, familjerådgivningen, lärare i skolan och skolpsykologen på begäran.

Dagvårdsenhet: \_\_\_\_\_

Skola: \_\_\_\_\_

- Jag vill själv lämna uppgifterna till personerna i fråga.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande Underskrift

**Vi ber dig lämna in blanketten ifylld och undertecknad vid det första besöket på talterapi.**

### Taltrapeuter:

Telefontider:

mån kl. 8.30 - 10.00

ons kl. 14.30 - 15.30

#### Familjecentret i Lojo

Kalevagatan 4, 2 vån.

08100 LOJO

Vappu Ahervo, tfn 044 369 2223

Ulla Engren, tfn 044 369 2224

Kalevagatan 4, 3 vån.

Pauliina Eilomaa, tfn 044 374 0066

#### Lojo centrums hälsostation

Ojamogatan 36, 0-vån.

08100 LOJO

Maija Henriksson, tfn 044 374 0424

#### Rådgivningen i Nummi

Kaarlentie 2

09810 NUMMI

Maija Henriksson, tfn 044 374 0424