

Behandlingscentrum:

Personnummer: - (ååååmmdd-nnnn)

Efternamn: **Förnamn:**
 (Var god texta tydligt) (Var god texta tydligt)

Registreringsdatum: - - (åååå-mm-dd)

Kallades men kom ej till uppföljning inom tidsspannet Ja

Följs ej längre av logoped Ja

Registreringsålder 5 år 10 år 16 år 19 år

Restspalt i käken Nej Oopererad

Fistel Nej Ja Okänt

Andra problem

Diagnostiserad språk- och/eller talmotorikstörning Nej Ja

Diagnostiserad utvecklingsstörning Nej Ja

Diagnostiserad hörselnedsättning Nej Ja Okänt

Logopedkontakt

Uppföljning Nej Ja

Behandling Nej Ja

Antal besök (sedan föregående registrering) Max antal 99

Inspelning

Audio Nej Ja

Video Nej Ja

Instrumentell bedömning (sedan föregående registrering)

Videoradiografi

Ej bedömd

Ej bedömbär

Bedömd, ange

antal (1-10)

Nasoendoskopi

Ej bedömd

Ej bedömbär

Bedömd, ange

antal (1-10)

Bedömningsdata

Velofarynxfunktion (välj ett alternativ)

Ej bedömd

Tillräcklig

Otillräcklig

Ej bedömbär

Marginellt otillräcklig

Perceptuell bedömning av konsonanter (välj ett alternativ)

Ej bedömd

Bedömd, var god fortsätt:

Ej bedömbär

PCC

Antal eliciterade

Antal korrekta

Talavvikelser bakom velofarynx

Antal eliciterade

Antal avvikelser

Föräldrarapporterad förståelighet

Ej bedömd

Bedömd, ange värde (mellan 1 och 5 med en decimal)

Ej bedömbär

Logoped som bedömt

Efternamn:
(Var god texta tydligt)

Förnamn:
(Var god texta tydligt)