

Behandlingscentrum:

Personnummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_| (ååååmmdd-nnnn)

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

Registreringsdatum: |_|_|_|_|_|-|_|_|-|_|_| (åååå-mm-dd)

Kallades men kom ej inom tidsspannet Ja
Följs ej längre av logoped Ja

Mjuka gommen	<input type="checkbox"/> Opererad	<input type="checkbox"/> Oopererad
Hårda gommen	<input type="checkbox"/> Opererad	<input type="checkbox"/> Oopererad
Fistel	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Okänt

Inspelning i journal

Audio Nej Ja
Video Nej Ja

Bedömningsdata

Perceptuell bedömning (välj ett alternativ)
 Ej bedömd Ej bedömbare
 Bedömd, var god fortsätt:

Bedömning baseras på
 Fysisk kontakt Digital kontakt Vårdnadshavares inspelning

Orala klusiler Ja Nej

Dentala/alveolara klusiler Ja Nej

Antal olika riktiga konsonanter |_|_| Max antal 16

Är ljudandet representativt för hur barnet brukar låta (enligt vårdnadshavare)?
 Ja Nej Vet ej

Logoped som bedömt

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