

**Föräldrarnas bedömning av barnets tal och språk vid 3 år**

Barnets namn \_\_\_\_\_ personnr. \_\_\_\_\_

**Bästa förälder!**

Ditt barn är nu tre år. Vid den åldern har olika barn nått olika långt i sin tal- och språkutveckling.

Vi vill gärna veta hur du ser på ditt barns språkliga utveckling.

Läs igenom följande frågor och försök besvara dem.

Var vänlig och ta med det ifyllda formuläret till 3-årsbesöket.

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
1.Förstår ditt barn - utan att du samtidigt visar - en uppmaning liknande denna: ”Hämta skeden på bänken i köket”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Talar ditt barn i meningar på minst 3 ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Talar ditt barn om sig själv som ”Jag”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Tycker ditt barn om att titta i en bilderbok med enkel handling tillsammans med dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Tycker du att ditt barn är rastlöst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Känner du dig orolig för ditt barns tal- och språkutveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Familjens, mors och fars språk**

	<b>Svenska</b>	<b>Annat</b>
Vilket språk talas huvudsakligen i familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Mammas modersmål är?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Vilket språk talar mamma med barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Pappas modersmål är?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Vilket språk talar pappa med barnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Datum

Underskrift

**Använd baksidan om du vill kommentera ditt barns tal och språk ytterligare!**

## Observation på BVC av 3-åringars språk

Barnets namn: \_\_\_\_\_ personnr. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Observatör \_\_\_\_\_ BVC nr \_\_\_\_\_

## Vid utfall

Adress \_\_\_\_\_

Tfn hem \_\_\_\_\_ Mobil-tfn \_\_\_\_\_

Mors namn \_\_\_\_\_ Tfn arbete \_\_\_\_\_

Fars namn \_\_\_\_\_ Tfn arbete \_\_\_\_\_

## A. Barnet förstår

ex/Vad kan man äta? (Äpple)

ex/Vad kan man åka? (Bil)

	JA	NEJ	Barnets ev. svar
1. Vad kan man ha på sig? (Mössa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Vad kan man dricka ur? (Mugg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Vad kan man göra med den? (Bollen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Vad kan man göra med den? (Pennan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Ge mig bilen och mössan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## B. Barnet talar i satser på minst tre ord.

 JA  NEJ

## C. Allmänt intryck av barnets tal

Mkt dåligt

Mkt bra

Vet ej

\_\_\_\_\_

Var vänlig fyll i frågorna på Bil.2b när du skickar protokollet som remiss.

	JA	NEJ
Barnet medverkar bra i screeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Om nej</b>		
Barnet medverkar delvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orsak till bristfällig/utebliven medverkan</b>		
Barnet har svårt att förstå instruktionerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
är okoncentrerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
är ängsligt/blygt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat.....		
Barnet stammar/itererar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet talar utöver svenska också		
.....		
Barnet använde enligt föräldrarna vid 18 månaders ålder minst 8 ord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteckning saknas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har av BVC redan kända språkproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har redan kontakt med logoped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har misstänkt eller konstaterad utvecklingsstörning (ange vilket)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har kontakt med barnhabiliteringen eller motsvarande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har misstänkt eller konstaterad hörselnedsättning (ange vilket)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har kontakt med audiologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet har vårdats på neonatalklinik I nyföddhetsperioden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnet är adopterat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Om ja</b>		
ange när.....		
Behöver föräldrarna tolk vid kontakt med logoped?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remiss skickad till logoped?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remiss skickad till psykolog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Föräldrar tackat nej till logopedkontakt		
<input type="checkbox"/> Föräldrar tackat nej till psykologkontakt		