

## Arbetsformulär språk vid 2,5 år

Datum: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

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

Tfn hem: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Barnvårdscentral: \_\_\_\_\_

### Tidigare Hälsoövervakning/utveckling

Ja

Nej

Hörselnedsättning/upprepade otiter/otosalpingiter

Ärftlighet för sen språkutveckling/läs och skrivsvårigheter

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

Flerspråkighet

Språk i familjen och barnets omgivning:

---

---

### 2,5- års screening

Ja

Nej

1. Talar barnet spontant

2. Skriv ner hur barnet säger:

Docka \_\_\_\_\_

Bil \_\_\_\_\_

Kopp/mugg \_\_\_\_\_

Fat/tallrik \_\_\_\_\_

Sked \_\_\_\_\_

Boll \_\_\_\_\_

Hund \_\_\_\_\_

Ko \_\_\_\_\_

Väska \_\_\_\_\_

---

## 2,5 års screening

Ja

Nej

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Härmar barnet kon, hunden, bilen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har barnet 2- ordsatser, t ex " Titta hunden"  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Förstår barnet prepositionerna i eller på,<br>t ex Lagg skeden i väskan"?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Kan barnet peka ut lilla respektive stora bilen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Kan barnet peka ut olika kroppsdelar på sig själv eller dockan?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Förstår barnet följande uppmaning:<br>" Lagg hunden i koppen" och " Lagg dockan på fatet"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Medverkar barnet bra vid bedömningen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Stämmer undersökningsresultatet med föräldrasvaren?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Allmänna kommentarer om barnet/ undersökningen  |                          |                          |

---

---

---

## Bedömning/ åtgärder

- |                         |                          |                              |                          |
|-------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Utan anmärkning:        | <input type="checkbox"/> | Uppföljning vid 3 årsbesöket | <input type="checkbox"/> |
| Remiss barnkliniken:    | <input type="checkbox"/> | Remiss öronläkare/öron mott  | <input type="checkbox"/> |
| Remiss för hörselvården | <input type="checkbox"/> | Remiss logoped               | <input type="checkbox"/> |
| Remiss psykolog         | <input type="checkbox"/> | Avböjer remiss               | <input type="checkbox"/> |