

## 3 år -Uppföljning av 2,5 års språkscreening

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

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

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

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

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

Barnavårdscentral: \_\_\_\_\_

### 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:

---

---

### 3 årsundersökning av barnets tal och språkförståelse

**Material: 2,5 års material vid språkscreening samt tåg+ vagnar och säng**

**Ja**

**Nej**

1. Talar barnet spontant

---

2. Skriv ner hur barnet säger:

|                   |             |                 |
|-------------------|-------------|-----------------|
| Docka _____       | Bil _____   | Kopp/mugg _____ |
| Fat/tallrik _____ | Sked _____  | Boll _____      |
| Hund _____        | Ko _____    | Tåg _____       |
| Åka _____         | Väska _____ | Sova _____      |
| Äta _____         | Säng _____  | Dricka _____    |

---

3 år

Ja

Nej

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

## Bedömning/ åtgärder

Utan anmärkning:

Remiss barnkliniken:

Remiss för hörselvården

Remiss psykolog

Remiss öronläkare/öron mott

Remiss logoped

Avböjer remiss