

## Indstillingsskema – Udredning af småbørn.

Barnets navn:	<input type="text"/>	CPR nr.	<input type="text"/>
Mors navn:	<input type="text"/>	CPR nr.	<input type="text"/>
Fars navn:	<input type="text"/>	CPR nr.	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Postnr & By:	<input type="text"/>		
Hjemmets tlf.:	<input type="text"/>	Tlf. arb.:	<input type="text"/>
E-mail adresse:	<input type="text"/>		
Barnets daginstitution:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tlf.:	<input type="text"/>		
Kommune:	<input type="text"/>		
Kontaktperson:	<input type="text"/>		
Hørelinik:	<input type="text"/>		

---

Begrundelse for udredning:

Ønsker til udredningens indhold:

Hvilke tests og observationer er lavet: (vedlæg evt. resultater)

Barnets forhold til børn og voksne i hjem og daginstitution:  
(bl.a. antal søskende)

Høretabets udvikling – Hvad er der undersøgt?

(sidste pædagogblad fra høreklub/audiologisk afdeling vedlægges)

Høremæssig funktion:

Er synet normalt?

Kommunikativt og sprogligt funktionsniveau: (evt. vedlæg bilag)

Er høreklinik/audiologisk afdeling orienteret om indstillingen til småbørnsrådgivningen:

JA

NEJ

## Forældre:

Opholdet er i overensstemmelse med vore ønsker, og vi er indforstået med, at den afsluttende rapport, der udarbejdes efter opholdet, videresendes til os, pædagogisk psykologisk rådgivning, høreklinik, sagsbehandler og evt. daginstitution.

Dato:

Navn

## Primærkommunal indstilling ved tale-hørekonsulent:

Dato:

Navn