

**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**       Opererad       Oopererad

**Hårda gommen**       Opererad       Oopererad

**Fistel**       Nej       Ja       Okänt

**Inspelning**

**Audio**       Nej       Ja

**Video**       Nej       Ja

**Bedömningsdata**

**Perceptuell bedömning** (välj ett alternativ)

Ej bedömd       Ej bedömbär

Bedömd, var god fortsätt:

**Orala klusiler**       Ja       Nej

**Dentala/alveolara klusiler**       Ja       Nej

**Antal olika sanna konsonanter**      | |      Max antal 16

**Logoped som bedömt**

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