

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 riktiga konsonanter Max antal 16

Logoped som bedömt

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