Underlag för medicinsk bedömning

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Elevens namn | Personnummer | Klass |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Datum | Skola |

|  |
| --- |
| Socialt: |
| Hereditet: |
| Graviditet/nyföddhetsperiod: |
| Tidigare sjukdomar: |
| Psykomotorisk utveckling, allmän: |
| Språk: |
| Grovmotorik: |
| Finmotorik: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status** | |
| AT/Tillväxt | MOS: |
| Ygll: | Öron: |
| Ögon: | Hud: |
| Hjärta/lungor: | Buk/YG: |
| Rygg: | Extrem: |

**Fortsättning medicinsk undersökning**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Elevens namn | Personnummer |

|  |  |
| --- | --- |
| **Neurologi/motorik** | |
| Högerhänt:  Vänsterhänt: | |
| Kranialnerver: | Fingerspel: |
| Diadoccokinesis: | Finger-näs: |
| Extremitetsreflexer: | Tonus: |
| Tå/hälgång: | Fog: |
| Hopp ett ben, höger: | Vänster: |
| Balans ett ben, 20 sek höger: | Vänster: |
| Grov kraft: | Ataxi: |
| Växelhopp: |  |

**Sammanfattande medicinsk bedömning**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Elevens namn | Personnummer Klass |

|  |
| --- |
| **Sammanfattning:** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Skolläkares namn | Skolläkares signatur |