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 |