

Helena Heimo
Virvattarenpolku 2
02100 Espoo
p. 050-3385114
helena.heimo@gmail.com

HAKEMUS ÄNKYTYSTERAPIAN JATKOKURSSILLE

Lapsen/ nuoren nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Koulumuoto ja luokkataso: _____

Vanhemman nimi: _____ Puh: _____

Sähköposti: _____

Osoite: _____

Perhe on osallistunut aiemmin änkytysterapiakursseille. Milloin, missä? _____

1. Miten änkytys alkoi ja kuinka se on vaihdellut?

2. Millaista änkytys on tällä hetkellä? Liittykö änkytykseen toistamista / äänneiden venymistä / puheen lukkiutumista / ylimääräisiä liikkeitä tai eleitä / puhearkuutta / sanojen vaihtamista / muuta? Kuinka runsasta ja vaikeaa änkytys on mielestänne?:

3. Miten suhtaudutte änkytykseen (lapsi/nuori, vanhempi)?

4. Miten muut suhtautuvat änkytykseen ja millaista haittaa siitä on kotona, koulussa, kavereiden kanssa?

5. Mitä keinoja lapsi/nuori käyttää, että puhuminen olisi sujuvaa?

6. Tämän hetkinen kotiharjoittelu (mitä, miten, missä ja kuinka usein):

5. Onko lähisuvussa ilmennyt änkytystä tai muita kielen ja puheen kehityksen tai esim. lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksia (kenellä, miten haittaa/haittasi)?

6. Muu aiempi tai nykyinen kuntoutus, erityis- ja tukiopetus (ajankohta, kesto ja määrä, painopistealueet):

7. Perheen ja lapsen/nuoren omat harrastukset ja kiinnostuksen kohteet, viikkorytmi:

8. Kurssijärjestelyissä huomioon otettavat asiat (ruokavaliot, allergiat tms.):

9. Toiveet ja odotukset kurssin suhteen:

Lapsi/nuori:

Vanhempi:

10. Saako hoitavaan puheterapeuttiin olla yhteydessä, jos tulette valituksi kurssille?

Kyllä Ei

11. Saako antamianne tietoja käyttää nimettöminä tieteellisessä tutkimuksessa?

Kyllä Ei

12. Saako sähköpostiosoitettanne käyttää Suomen änkyttäjien yhdistyksen toiminnasta tiedottamiseen?

Kyllä Ei

Päiväys ja allekirjoitus: _____