

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

HAKEMUS ÄNKYTYSTERAPIAKURSSILLE
KELAn Änkytysterapian perhekurssi kouluikäisille

Täytetty lisäksi Kelan lomake **KU 102** sekä **B-lääkärinlausunto** Kyllä

Lapsen/ nuoren nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Osoite: _____

Äiti: _____ Henkilötunnus: _____

Ammatti: _____ Puh: _____

Sähköposti: _____

Isä: _____ Henkilötunnus: _____

Ammatti: _____ Puh: _____

Sähköposti: _____

Sisarukset, nimi ja henkilötunnus: _____

Alleiviiva niiden henkilöiden nimet, jotka osallistuvat kursseille

Perhe on/ ei ole osallistunut aiemmin änkytysterapiakursseille. Milloin, missä? _____

Taustatiedot

1. Lapsen/ nuoren sosiaalinen, motorinen sekä puheen ja kielen kehitys:

Käveli tuetta iässä: _____ Ensisanat iässä: _____ Lausepuhe iässä: _____

Muuta kehityksessä ja oppimisessä erityistä (esim. huolenaiheet änkytyksen lisäksi):

2. Aikaisemmat tutkimukset ja puheterapia (ajankohta ja määrä, myös kopiot lausunnoista voi liittää hakemukseen):

3. Jos lapsi/nuori on puheterapiassa, puheterapeutin nimi ja puhelinnumero:

4. Muu aiempi tai nykyinen kuntoutus (ajankohta ja määrä):

5. Änkytyksen kehitys (milloin ja miten alkoi, miten on vaihdellut):

6. Liittyykö änkytykseen nyt toistamista / äänneiden venymistä / puheen lukkiutumista / ylimääräisiä liikkeitä tai eleitä / puhearkuutta / sanojen vaihtamista / muuta:

7. Miten muuten kuvailisit puhetta (sujuvaa ja sujumatonta) tällä hetkellä:

8. Änkytyksen määrään ja laatuun vaikuttavia lapsen/nuoreen, ympäristöön ja tilanteeseen liittyviä tekijöitä:
Änkytystä vähentää:

Änkytystä lisää:

9. Miten änkytykseen suhtaudutaan ja miten se vaikuttaa kommunikointiin:
Kotona:

Koulussa:

Kavereiden kesken:

Lapsi/nuori itse suhtautuu:

10. Lähisuvussa ilmennyt änkytys tai muut kielen ja puheen kehityksen tai esim. lukemisen ja kirjoittamisen vaikeudet (kenellä, miten haittaa/haittasi):

11. Lapsen/nuoren perusolemus ja hänen vahvuutensa:

12. Koulu, opetusmuoto ja luokkataso:

13. Perheen ja lapsen/nuoren omat harrastukset ja viikkorytmi:

□ **Kurssijärjestelyissä huomioon otettavaa**

14. Kurssille osallistuvien perheenjäsenten ruokavaliossa tai terveydentilassa (esim. allergiat) huomioon otettavia asioita:

15. Toiveet ja odotukset kurssin suhteen:

Lapsi/nuori:

Vanhemmat:

Sisarukset:

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

Kyllä Ei

17. Saako antamianne tietoja käyttää nimettöminä tieteellisessä tutkimuksessa?

Kyllä Ei

18. Saako sähköpostiosoitettanne käyttää Suomen änkyttäjien yhdistyksen toiminnasta tiedottamiseen?

Kyllä Ei

19. Kelan Toimisto, jossa asioitte: _____

Postiosoite: _____

Puhelinnumero: _____

Kuntoutuspäätöstä hoitava virkailija: _____

Päiväys ja allekirjoitus: _____