

---

**ESITIEDOT / PUHETERAPIA**

**päiväys:**

---

**Lapsen nimi**

**Ikä**

**diagnoosit**

**Lääkitystä tai muuta erityistä huomiota vaativia sairaudet:** \_\_\_\_\_

---

**Huoltajan nimi ja puhelinnumero**

---

**Hoitopaikka / koulu**

**Hoitaja, opettaja tai muu yhteyshenkilö + puhelinnumero**

**LAPSEN SUKUTAUSTA JA VARHAISKEHITYS:**

Onko lähisuvussanne ollut puheen kehityksen viivettä, kielellisiä vaikeuksia tai muita kehityksen tai oppimisen pulmia? Jos on, niin millaisia?

---

**Täyttäkää, jos asiassa on jotain mainittavaa**

Raskausaika ja synnytys:

Imemis - ja syömistaitojen kehittyminen:

Siisteys - ja omatoimisuustaitojen kehittyminen:

**Kuinka pitkään lapsenne on syönyt tuttia?** \_\_\_\_\_

**Onko lapsellanne ollut useita korvatulehduksia?** \_\_\_\_\_

**Onko suun alueelle tehty toimenpiteitä kuten kielijänteen katkaisu?** \_\_\_\_\_

**Aiemmat käynnit puheterapiassa tai puheterapeutin arviossa (käynnin syy, jakson kesto, käynnillä annetut jatkosuositukset)**

---

---

---

**LAPSEN MIELENKIINNONKOHTEET, PUHETERAPIA**

Millaiset asiat motivoivat lastanne? Mistä tai millaisista asioista ja puuhista lapsenne pitää / on kiinnostunut?

---

---

Miten vaikeudet tulevat esiin arjessa? Mikä teitä itseänne huolettaa? Haittaako asia lasta itseään?

---

---

---

Mitä asioita olette jo omaksuneet arkeenne tukeaksenne lapsenne kielellistä / puhekehitystä?

---

---

---

Mihin asioihin toivotte saavanne tukea terapiasta ja mitä toivotte terapeutilta?

---

---

---

## **TERAPIASUHTEESEEN LIITTYVÄ TIEDONSIIRTO: Yliviivaa tarpeeton**

**Annan luvan / En anna lupaa** hoitavalle terapeutille olla yhteydessä lapsemme hoitajaan tai opettajaan puheterapeuttiseen kuntoutukseen liittyvissä asioissa.

**Annan luvan / En anna lupaa** antaa kuntoutukseen liittyviä tietoja muille lapseni kuntoutukseen tai terveydenhoitoon osallistuville henkilöille.

---

Päiväys, huoltajan allekirjoitus ja nimen selvennys

### **Tärkeää huomioitavaa terapia-ajoista ja peruutuksista:**

Sovittu terapia-aika tulee perua mahdollisuuksien mukaan viimeistään edellisenä päivänä. Luonnollisesti sairastumisissa ilmoitusta ei aina voi antaa edellisenä päivänä, mutta tällöinkin on tärkeää, että terapeutti saa tiedon peruutuksesta mahdollisimman pian. Ilmoituksen sairastumisesta voit laittaa tekstiviestillä mihin vuorokauden aikaan tahansa. Jakson käyntimääriä lasketteassa kokonaan peruuttamaton poisjänti lasketaan käytetyksi terapiakäynniksi.

Jos joudut perumaan terapia-ajan, muistathan myös huolehtia uuden ajan varaamisesta. Terapia-aikojen varaaminen ja terapian jatkuminen peruutusten ja lomien jälkeen on perheen vastuulla.

Kunnioitetaan toisiamme ja tavataan terapiassa vain terveisin!

### **Hoitavan puheterapeutin yhteystiedot:**

Leena Kerimaa  
puh. 0400-414474  
Email. info@puheterapiaan.fi  
www.logopediset.fi  
www.puheterapiaan.fi