



Frågeformulär nr 3		
Vid läs och skrivsvårigheter		
Namn	Född (år mån dag)	Datum
Högerhänt Vänsterhänt Både höger och vänsterhänt	Beskriv närmre	
Ange graden av problem på en skala mellan 0 och 5. 0 = inget problem 5 = mycket stora problem, går inte alls. Kommentera gärna svaret		
Haft svårt att lära sig bokstäverna	0 1 2 3 4 5	
Tycker det är jobbigt att läsa	0 1 2 3 4 5	
Har svårt att läsa högt	0 1 2 3 4 5	
Har dålig läsförståelse	0 1 2 3 4 5	
Har svårt att stava	0 1 2 3 4 5	
Kastar om bokstäver vid läsning, bil/bli	0 1 2 3 4 5	
Talar otydligt	0 1 2 3 4 5	
Har svårt att uppfatta instruktioner	0 1 2 3 4 5	
Har svårt att begripa vad läraren säger	0 1 2 3 4 5	
Säger ofta ”va”	0 1 2 3 4 5	
Tappar snabbt koncentration och ork vid läsning	0 1 2 3 4 5	
Texten hoppar, flyter ihop eller blir suddig	0 1 2 3 4 5	
Hamnar på fel rad vid läsning	0 1 2 3 4 5	
Klåda, trötthet eller sveda i ögonen vid läsning	0 1 2 3 4 5	

Huvudvärk över pannan eller bakhuvudet vid läsning	0 1 2 3 4 5	
Vill hålla boken nära vid läsning	0 1 2 3 4 5	
Vill hålla för ett öga vid läsning	0 1 2 3 4 5	
Blandar ihop bokstäver, t.ex. p/b, k/g,	0 1 2 3 4 5	
Hade länge svårt med korrekt uttal, hoppade över ljud	0 1 2 3 4 5	
Svårt att uttrycka sig i skrift, skriva uppsats	0 1 2 3 4 5	
Har eller haft svårt med korrekt penngrepp	0 1 2 3 4 5	
Dålig handstil	0 1 2 3 4 5	

Finns det något annat du tycker är relevant för oss att veta om ditt barns situation?

.....

.....

.....

.....