



Underlag inför utredning av räkneförmåga

Vuxna

Datum: _____

Namn: _____ Personnummer: _____ ååmmdd-xxxx
10 siffror

Adress: _____ Telefon: _____

Har du genomgått andra utredningar? (Neuropsykiatrisk, Ja/nej
psykolog-, läs- och skriv- eller annan utredning)

Typ av utredning	År	Bifogas ja/nej

Vad har du för utbildning? Fyll i schemat nedan.

Skola/utbildning	Klar	År	Program/Linje	Uppnådde du målen?
Grundskola	_____	_____	_____	_____
Gymnasium	_____	_____	_____	_____
Folkhögskola	_____	_____	_____	_____
Universitet/Högskola	_____	_____	_____	_____
Annan utbildning	_____	_____	_____	_____

Nuvarande arbete eller sysselsättning:

.....

Hur är din koncentrationsförmåga?

Hur är din minnesförmåga?

Hur är din läsförmåga?

Är du känslig för stress/tidspress?

1. Vad är det som gör att du misstänker att du har dyskalkyli? Vilken målsättning har du med att genomgå en dyskalkyliutredning?

Beskrivning:

2. När debuterade räknsvårigheterna?

Beskrivning:

3. Har du någon gång under sin skoltid fått eller får du för närvarande stödundervisning i matematik? När inleddes stödundervisningen och vilken omfattning har den haft? Vilken effekt har stödundervisningen haft på dina prestationer i matematikämnet?

Beskrivning:

4. Är/var prestationer ojämna inom matematikämnet? (Har till exempel mycket svårt med basal huvudräkning, men klarar att hantera problemlösning.)

Beskrivning:

5. Är/var prestationerna ojämna över tid? (Kan till exempel en sak ena veckan, för att sedan ha glömt en vecka senare)

Beskrivning:

6. Hur är/var dina prestationer i övriga ämnen? Finns skillnad teoretiska/praktiska ämnen? (exempelvis svenska, naturorientering, hemkunskap, bild, slöjd, musik och idrott).

Beskrivning:

7. Har du generella inlärningssvårigheter? Vet man i så fall orsaken till detta?

Beskrivning:

8. Har du flerspråkig bakgrund? Deltar du eller har du deltagit i modersmålsundervisning? Får du eller har du fått matematikundervisning på modersmålet?

Beskrivning:

9. Har du under sin skoltid deltagit i den planerade undervisningen på ett förväntat sätt? Har det förekommit längre perioder av frånvaro? Har du varit med om upprepade skolbyten eller haft många olika lärare i matematikämnet?

Beskrivning:

10. Hur yttrar sig dina räkningsvårigheter i arbetet?

Beskrivning:

11. Hur yttrar sig dina räkningsvårigheter i vardagen? (Exempel: hantering av pengar, tidsuppfattning, tidsplanering och orienteringsförmåga)

Beskrivning:

12. Har du misstanke om neuropsykiatriska, emotionella eller generella kognitiva svårigheter som förklaring till eller bidragande orsak till räkningsvårigheterna?
Har du tidigare genomgått utredning avseende dessa svårigheter eller finns det anledning att göra en sådan utredning innan du genomgår en dyskalkyliutredning?

Beskrivning:

13. Finns det något annat som kan ha påverkat din räkneförmåga?

Beskrivning:

Hur bedömer du din nuvarande räkneförmåga (de fyra räknesätten)? Sätt ett kryss på linjen nedan.

Svag	Genomsnittlig	God		
Har du svårt att få sifferkunskaper att fastna?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att välja rätt räknesätt?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Förväxlar du räknesätt t.ex. plus och minus?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att avgöra vilket av två tal som är störst?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att lösa lästal/skriftlig problemlösning?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Räknar du även små tal på fingrarna?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att förstå måttenheter som centimeter, meter eller kilo?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du haft svårt att lära in analog klocka?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du haft svårt att lära in digital klocka?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att skilja på höger och vänster?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du dålig tidsuppfattning?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt med tidsplanering och att passa tider?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att hitta utomhus?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att läsa och förstå kartor?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att läsa, förstå och minnas tidtabeller?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att förstå lönebesked och annan ekonomisk information?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att planera ekonomiskt?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att klara räkningar och andra ekonomiska åtaganden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att bedöma och jämföra priser på varor och tjänster?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att räkna ut vad en handfull varor kostar i affären, d.v.s. att göra en överslagsberäkning?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du svårt att kontrollera att du får rätt växel tillbaka när du betalat?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Betalar du med kort?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du eller har du haft svårt att rita?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Om du har genomgått utredningar tidigare så vore vi tacksamma om du tog med dig kopia av dessa vid nybesöket. Tag också gärna med slutbetyg från grundskola/gymnasium.

Tack för Din medverkan!

Information om räknesvårigheter/dyskalkyli finns på vår hemsida: www.ds.se och i Vårdguiden 1177: www.1177.se, sökord dyskalkyli