AANVRAAG en Controleformulier in verband met EED

Naam van de jeugdige:

BSN van de jeugdige :

Geboortedatum :

Woonadres :

School : Groep :

Groepsverloop : Leeftijd bij start :

Gezaghebbende ouder(s) (waar hoofdverblijfplaats van de jeugdige is):

Naam :

BSN :

Geboortedatum :

Woonadres :

Tel nr :

Naam :

BSN :

Geboortedatum :

Woonadres :

Tel nr :

***CITO-scores***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Taak** | **Meetmoment 1**  **Score: Datum:** | **Meetmoment 2**  **Score: Datum:** | **Meetmoment 3**  **Score: Datum:** |
| DMT (technisch lezen) |  |  |  |
| Spelling SVS |  |  |  |

***Gegevens begeleiding op school:*** N.B. interventieperiode bestaat uit **minimaal 12 weken**

**Interventieperiode 1 van tot**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | x per week + aantal min. | individueel/ klein groepje | door | Toelichting op ingezette methode |
| **Lezen** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Spelling** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Interventieperiode 2 van tot**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | x per week + aantal min. | Individueel/ klein groepje | door | Toelichting op ingezette methode |
| **Lezen** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Spelling** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

O Er is geen (vermoeden van) belastende comorbiditeit

**Aanvraag**: De ouders van ……………………

0 vragen om diagnostiek en indien van toepassing behandeling van Ernstige Enkelvoudige Dyslexie (EED)

0 geven toestemming om benodigde informatie te delen met de aanbieder van dyslexiehulp en Centrum voor Jeugd en Gezin- Midden Limburg (CGJ- ML)

Naam en handtekening ouder(s):

Ondertekenaar verwijzende school, *datum, plaats, naam en functie* :

**In te vullen door zorgaanbieder:**

**Controle** door aanbieder, *d.d. Weert*

*L. Huntjens, Hoofdbehandelaar*

**Conclusie:**  komt wel/ niet in aanmerking voor onderzoek naar EED

**Uitkomst diagnostiek door de aanbieder:** 0 wel EED 0 geen EED

**Aanvraag van:** 0 Onderzoek dyslexie 0 Behandeling dyslexie

Startdatum onderzoek :

Startdatum behandeling :

**Ondertekening** door aanbieder, *d.d. Weert*

*L. Huntjens, Hoofdbehandelaar*