**Medicinsk bedömning i utredning om målgruppstillhörighet för anpassad grundskola eller anpassad gymnasieskola**

En medicinsk bedömning ska göras av en legitimerad läkare. Syftet med bedömningen är att redovisa om det finns medicinska faktorer som indikerar en intellektuell funktionsnedsättning.

Om läkaren bedömer att det finns andra orsaker än intellektuell funktionsnedsättning som kan orsaka elevens uppvisade skolsvårigheter behöver detta beskrivas i bedömningen.

Den medicinska bedömningen kan till exempel visa att

* det finns en begåvningsmässig funktionsnedsättning föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom
* att eleven har kromosomavvikelser, genetiska skador eller missbildningar som medför   
  en intellektuell funktionsnedsättning.

För att få diagnosen intellektuell funktionsnedsättning behöver inte orsaken till den intellektuella funktionsnedsättningen vara känd, men en sådan uppgift kan tala för ett beslut om att eleven bör tas emot i anpassad grundskola/gymnasieskola.

Andra gånger kan läkaren anse att det behövs ytterligare utredning för att klargöra om orsakerna till en elevs skolsvårigheter är funktionsnedsättningar och medicinska aspekter som påverkar inlärningsförmågan utan att eleven behöver ha en intellektuell funktionsnedsättning. Det kan exempelvis handla om en ADHD-problematik, autismspektrumtillstånd eller specifik språkstörning.

**Elevens uppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| För- och efternamn | Personnummer |
| Nuvarande skola/verksamhet | |

**Beskrivning och analys av elevens medicinska status**

|  |
| --- |
| Hereditet |
| Tidigare sjukdomar |
| Nuvarande sjukdomar |
| Regelbunden kontakt med hälso- och sjukvård, habilitering |
| Uppgift om syn och hörsel, tillväxt |

**Föreligger betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder på grund av hjärnskada föranlett av yttre våld eller kroppslig sjukdom**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | Nej |
| Om ja, beskriv | |

**Finns alternativa eller adderande diagnoser och funktionsnedsättningar (annat än Intellektuell funktionsnedsättning) som kan förklara elevens svårigheter?**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | Nej |
| Om ja, beskriv | |

**Remitteras eleven för ytterligare utredning**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | Nej |
| Om ja, vart? | |

**Övrigt som bedöms ha relevans för beslut om mottagande i anpassad grundskola/anpassad gymnasieskola**

|  |
| --- |
|  |

**Underskrift av ansvarig skolläkare för den medicinska bedömningen**

|  |
| --- |
| Ort och datum |
| Underskrift |
| Namnförtydligande |