

Personnummer			
Förnamn		Efternamn	
Adress			
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid			
Beskriv varför du söker kontakt med logopedenheten:			
Aktuell sysselsättning/utbildning:			
Min vardag påverkas av mina läs- och skrivsvårigheter.	Nej	Ibland	Ja
Det var svårt för mig att lära mig läsa och skriva.	Nej	Ibland	Ja
Jag har fått kämpa för att hinna med skolarbetet.	Nej	Ibland	Ja
Jag har svårt att minnas det jag läst.	Nej	Ibland	Ja
Jag har svårt att stava och uttrycka mig i skrift.	Nej	Ibland	Ja
Jag har svårt att förklara så att andra förstår mig.	Nej	Ibland	Ja
Jag har svårt att minnas muntliga instruktioner.	Nej	Ibland	Ja
Jag har svårt att koncentrera mig.	Nej	Ibland	Ja
Har du tidigare haft kontakt med logoped? Om ja, varför?	Nej	Ja	
Eventuella andra tidigare eller pågående kontakter? <input type="checkbox"/> Annan:	<input type="checkbox"/> Habiliteringen	<input type="checkbox"/> Psykiatrin	
Övriga upplysningar:			
Har du behov av tolk? Ange språk:	Nej	Ja	
Namnunderskrift:	Ort och datum:		

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom 14 arbetsdagar.
Läs mer på: 1177.se/varmland/egenvardbegaran

Skicka blanketten till:
 Logopedenheten (D21)
 Centralsjukhuset
 651 85 Karlstad