

Egen vårdbegäran

Logopedenheten

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	
Skola	
Beskriv varför du söker kontakt med logopedenheten:	
Tidigare logopedkontakt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Eventuella tidigare eller pågående kontakter	
<input type="checkbox"/> Barnhälsovårdpsykolog	<input type="checkbox"/> Barn- och ungdomshabiliteringen
<input type="checkbox"/> Barn- och ungdomspsykiatri (BUP/NP)	<input type="checkbox"/> Annan:
Övriga upplysningar:	
<input type="checkbox"/> Jag godkänner att logopedenheten kontaktar skolan för att få ytterligare information. Rektor kontaktas i så fall via brev.	
<input type="checkbox"/> Jag vill inte att ni kontaktar skolan:	
<input type="checkbox"/> Jag behöver tolk. Språk:	
<input type="checkbox"/> Jag kan komma med kort varsel	
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
Namnunderskrift:	Datum: