

Egen vårdbegäran

Läs- och skrivutredning

Personnummer			
Förnamn		Efternamn	
Adress			
Mobiltelefon		Telefon arbete (inkl riktnummer)	
Beskriv varför du är i behov av en läs- och skrivutredning:			
Aktuell sysselsättning:			
Har du tidigare haft kontakt med logoped? Om ja, varför?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Nej	Ibland	Ja
Mitt arbete/studier påverkas av mina läs- och skrivsvårigheter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det var svårt för mig att lära mig läsa och skriva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har fått kämpa med att klara skolarbetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag läser långsamt och/eller fel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att stava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att förklara så att andra förstår mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att minnas muntliga instruktioner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga upplysningar:			
Har du behov av tolk?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Om ja, ange språk:		<input type="text"/>	
Upplever du samma svårigheter på modersmål?		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Namnteckning _____ 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:** www.1177.se/varmland/egenvardbegaran

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