

Egen vårdbegäran

Logopedenheten

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