

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid	

Beskriv varför du söker kontakt med logopedenheten:

Har du tidigare haft kontakt med logoped? ☐ Ja ☐ Nej

Övriga upplysningar:

Har du behov av tolk? ☐ Ja ☐ Nej

Vilket språk?

Vi bedömer din vårbegäran 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 (målsmans namnunderskrift):	Datum: