

Logopedmottagningen, barn

Ankomstdatum:

Om du vill söka vård på mottagningen kan du skicka in denna blankett. Vi bedömer din vårdbegäran inom 5 arbetsdagar och meddelar därefter om du är aktuell för vård på mottagningen.

Namn:		Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer och postadress:	
Telefon hem/mobilnummer:		

Vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas personuppgifter (Obligatoriskt för barn under 13 år)

Förnamn:	Efternamn:	
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress):		
Telefonnummer hem:	Telefonnummer mobil:	Telefonnummer arbete:
Förnamn:	Efternamn:	
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress):		
Telefonnummer hem:	Telefonnummer mobil:	Telefonnummer arbete:

För barn 0-6 år, ange aktuell BVC:		
För barn 6 år och äldre, ange aktuell skola:		
Beskriv de besvär/symtom du söker för. Ge exempel på hur de påverkar din tillvaro och livssituation:		
Om besvären gäller rösten: Har dina stämband undersökts?	Ja	Nej
Om ja, ange var och när stämbanden undersökts:		
Har du haft kontakt med logoped tidigare?	Ja	Nej
Om ja, ange var och när du haft kontakt med logoped:		

Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL).

Skicka blanketten till
Västmanlands sjukhus Västerås
Logopedmottagningen
721 89 Västerås

Bessadress
Västmanlands sjukhus
Västerås, ingång 27

Vid frågor, kontakta
021-17 44 00

Internet
www.1177.se

Talas fler språk än svenska i hemmet?		☐ Ja	☐ Nej
Har någon av vårdnadshavarna annat modersmål än svenska?		Ja	Nej
Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?		Ja	Nej
Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:			
Behöver du tolk?		☐ Språktolk	☐ Teckenspråkstolk ☐ Dövblindtolk
Ange språk/dialekt:			
Övriga upplysningar:			
Journalhandlingar som gjorts hos en vårdgivare syns inte automatiskt hos en annan. Vårdpersonalen som du träffar hos en ny vårdgivare får läsa dina uppgifter i en sammanhållen Journal om uppgifterna inte är spärrade och du ger ditt samtycke. Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från annan vårdgivare, både inom Region Västmanland, privat vårdgivare och från andra regioner.		Om du inte godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här	

Underskrift

Datum:	Namnunderskrift:
--------	------------------