

Logopedmottagningen, barn

Ankomstdatum:

Om du vill söka vård på mottagningen kan du skicka in denna blankett. Vi bedömer din vårdbegäran och meddelar om du är aktuell för vård på mottagningen. Du får besked inom 7 arbetsdagar.

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):			
Telenr hem:	Telenr mobil:	Telenr arbete:	
Förnamn:		Efternamn:	
Boendeuppgifter (gatuadress, postnummer och postadress):			
Telenr hem:	Telenr mobil:	Telenr arbete:	
För barn 0-6 år, aktuell BVC:			
För barn 6 år och uppåt, aktuell skola:			
Ge en kort beskrivning av de besvär/symtom du vill söka för:			
Har du sökt på Logopedmottagningen tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Behöver du en tolk? <input type="checkbox"/> Språktolk <input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövblindtolk			
Ange språk här:			

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

Skicka blanketten till
 Västmanlands sjukhus Västerås
 Logopedmottagningen
 721 89 Västerås

Besöksadress
 Västmanlands sjukhus
 Västerås, ingång 27

Vid frågor, kontakta
 021-17 44 00

Internet
 www.1177.se

Har någon hjälpt dig att fylla i blanketten?

Ja

Nej

Om ja, fyll i personens namn och telefonnummer:

Övriga upplysningar:

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare.

Om du **inte** godkänner att vi tar del av journalhandlingar från annan vårdgivare kryssar du här

Underskrift

Datum:

Namnunderskrift: