

EGEN VÅRDBEGÄRAN BARN & UNGDOMAR

Barnets namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer+ Ort: _____

Tel dagtid: _____ Övriga telefonnummer: _____

Varför behöver Ni logopedkontakt? Fyll i nedan, ange alla alternativ som stämmer:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Barnet pratar inte/använder bara enstaka ord | <input type="checkbox"/> Barnet har uttalsvårigheter |
| <input type="checkbox"/> Barnet missförstår ofta frågor och instruktioner | <input type="checkbox"/> Barnet stammar |
| <input type="checkbox"/> Barnet har svårt att formulera meningar/berätta | <input type="checkbox"/> Barnet har röstbesvär/heshet |
| <input type="checkbox"/> Barnet har besvär med dregling/sagling eller sväljning | <input type="checkbox"/> Annat _____ |

Vilka språk talas i hemmet? _____

Önskas tolk vid besöket? JA, ange språk: _____ NEJ

Hur länge har besvären varat? _____

Övrig information: _____

Ort och datum: _____

Målsmans underskrift: _____

Namnförtydligande: _____