

Egen vårdbegäran till logoped

Läs- och skrivsvårigheter gällande vuxna

Detta formulär ska bifogas remiss från annan vårdgivare, men det kan också användas när du vill göra egen vårdbegäran till logoped för utredning av läs- och skrivsvårigheter. När ansökan kommit till oss och är accepterad ställs du i kö till utredning alternativt avslås din ansökan med motivering.

Namn		Personnummer																																									
Gatuadress		Postnummer och postadress																																									
Telefon hem/mobiltelefon		Nuvarande arbete/sysselsättning																																									
Beskriv kort de svårigheter ansökan gäller:																																											
<table border="0"> <tr> <td>Min vardag påverkas av mina läs- och skrivsvårigheter.</td> <td>Nej</td> <td><input type="checkbox"/> Ibland</td> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> </tr> <tr> <td>Det var svårt för mig att lära mig läsa och skriva.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag har fått kämpa för att hinna med skolarbetet.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag kan ha svårt att förstå och minnas det jag läst.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag har svårt att stava och uttrycka mig i skrift.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag kan ha svårt att förklara så att andra förstår mig.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag har svårt att minnas och följa muntliga instruktioner.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag har svårt att koncentrera mig.</td> <td>Nej</td> <td>Ibland</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>Jag har misstanke om eller har utretts för andra diagnoser.</td> <td>Nej</td> <td></td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Jag har fått diagnos: _____</td> </tr> </table>				Min vardag påverkas av mina läs- och skrivsvårigheter.	Nej	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ja	Det var svårt för mig att lära mig läsa och skriva.	Nej	Ibland	Ja	Jag har fått kämpa för att hinna med skolarbetet.	Nej	Ibland	Ja	Jag kan ha svårt att förstå och minnas det jag läst.	Nej	Ibland	Ja	Jag har svårt att stava och uttrycka mig i skrift.	Nej	Ibland	Ja	Jag kan ha svårt att förklara så att andra förstår mig.	Nej	Ibland	Ja	Jag har svårt att minnas och följa muntliga instruktioner.	Nej	Ibland	Ja	Jag har svårt att koncentrera mig.	Nej	Ibland	Ja	Jag har misstanke om eller har utretts för andra diagnoser.	Nej		Ja	Jag har fått diagnos: _____			
Min vardag påverkas av mina läs- och skrivsvårigheter.	Nej	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Ja																																								
Det var svårt för mig att lära mig läsa och skriva.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag har fått kämpa för att hinna med skolarbetet.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag kan ha svårt att förstå och minnas det jag läst.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag har svårt att stava och uttrycka mig i skrift.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag kan ha svårt att förklara så att andra förstår mig.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag har svårt att minnas och följa muntliga instruktioner.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag har svårt att koncentrera mig.	Nej	Ibland	Ja																																								
Jag har misstanke om eller har utretts för andra diagnoser.	Nej		Ja																																								
Jag har fått diagnos: _____																																											
Ytterligare upplysningar:																																											
Vid annat modersmål än svenska ange språk och ev. dialekt: När kom du till Sverige? Behov av tolk? Hur länge har du gått i skola i hemlandet?																																											

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Skicka ifylld ansökan tillsammans med eventuell remiss från annan vårdgivare med frågeställning Dyslexi till:

 Cario Läkargruppen
 Öron-näs-halsmottagningen, logoped Sofia Gunnarson
 Box 344, 701 46 Örebro

 För frågor eller vid svårigheter att fylla i formuläret kontakta:
Logoped Sofia Gunnarson 019-500 25 55, sofia.gunnarson@cario.se
Logoped Marie Karlsson 019-500 25 53, marie.karlsson2@cario.se