



Konfidensielt

## Ønskje om kontakt med logoped

Skjema for vaksne

<b>Namn:</b>	<b>Fødselsdato:</b>	<b>Nasjonalitet:</b>

<b>Adresse:</b>	<b>Postnr:</b>	<b>Poststad:</b>	<b>Tlf./Mobil.:</b>

<b>Tilmeldingsgrunn</b>					
Afasi		Apraksi		Stemmevanskar	
Dysfagi		Dysartri		Taleflytvanskar (stamming / løpsk tale)	
Anna:					

<b>Beskriv vansken:</b>
<b>Kva ønskjer de hjelp til?</b>

**Syn og hørsel:**

<b>Fungerer syn som normalt?</b>	
<b>Fungerer hørsel som normalt?</b>	

<b>Gjennomført undersøking hos øyre-nase-hals-spesialist:</b>	
---	--

<b>Vedlagt følger epikrise:</b>	<b>Ja:</b>		<b>Nei:</b>	
---------------------------------	------------	--	-------------	--

**Næraste pårørende:**

**Tlf./Mob.**

--	--

**Stad:**

**Dato:**

**Underskrift**

--	--	--

**Skjema skal sendast til:**

Ullensvang kommune PPT- og logopedkontor, Opheimsgata 31, 5750 Odda

**Hugs:**

Legg ved kartlegging/anamnese og anna relevant informasjon.

**Stemmevanskar:** Tilvising fra øyre-nase-hals lege.