

Logopedmottagningarna i Region Skåne (Eslöv, Helsingborg, Malmö, Kristianstad, Landskrona, Simrishamn, Trelleborg, Ystad, Ängelholm)



ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH SKRIVFÖRMÅGA OCH/ELLER SPRÅKLIG FÖRMÅGA GÄLLANDE VUXNA

INFORMATION OM UNDERLAG INFÖR LOGOPEDUTREDNING

Detta ansökningsformulär kan användas **som bilaga** till remiss från annan vårdgivare. Den kan också användas som egenremiss (vänligen kryssa i nedan):

- Remiss + ansökningsformulär
 Ansökningsformulär som egenremiss

Ifyllt ansökningsformulär samt eventuell remiss skickas till någon av adresserna nedan. Vid frågor eller svårigheter att fylla i formuläret, kontakta den Logopedmottagning du tänker skicka till, se telefonnummer nedanför respektive adress.

**Logopedmottagningen
Helsingborgs lasarett
Olympiahuset Box 514
251 87 HELSINGBORG
Tel: 042-406 18 18**

**Logopedmottagningen
Capio Specialisthuset
Odengatan 66
243 35 ESLÖV
Tel: 0413-58 00 00**

**Logopedmottagningen
Närsjukhus Österlen, Simrishamn
Sjukhusvägen 1
272 32 SIMRISHAMN
Tel: 0414-155 60**

**Logopedmottagningen
Lasarettet Trelleborg
Hedvägen 46
231 85 TRELLEBORG
Tel: 0410-552 10**

**Logopedmottagningen
Ystad Lasarett
Kristianstadvägen 3 A
271 82 YSTAD
Tel: 0411-90 54 89**

**Logopedmottagningen
Skånes universitetssjukhus
Stadiongatan 6
214 32 MALMÖ
Tel: 040-33 10 12**

**Logopedmottagningen
Ängelholms sjukhus
262 81 ÄNGELHOLM
Tel: 0431-811 61**

**Logopedmottagningen
Centralsjukhuset
291 85 KRISTIANSTAD
Tel: 044-309 17 80**

**Logopedmottagningen
Lasarettet i Landskrona
261 24 LANDSKRONA
Tel: 0418-45 42 88**

Patientens för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Adress	Postnummer och postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefon
Annat modersmål än svenska? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vilket/vilka språk/dialekt:	Behövs tolk vid samtal? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vilket språk/dialekt:
Patienten samtycker med sin underskrift till utredning på logopedmottagningen: _____	Patienten har möjlighet att komma till Logopedmottagningen med kort varsel (inom ett dygn) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nås på telefonnummer:
Namnteckning, datum	

**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVFÖRMÅGA OCH/ELLER SPRÅKLIG FÖRMÅGA
GÄLLANDE VUXNA**

1. Vad har du för utbildning? Fyll i nedan:

Skola/Utbildning	Klar år	Program/Linje	Uppnådde du målen? (om nej, beskriv i vilka ämnena)
Grundskola			
Gymnasium			
Folkhögskola			
Universitet/Högskola			
Annan utbildning			

2. Nuvarande arbete eller sysselsättning:

3. Har du gjort en språklig och/eller läs- och skrivutredning tidigare, till exempel i skolan, på arbetsförmedlingen eller hos logoped?

Nej

Ja

Om ja, var och när:

Obs! Vänligen bifoga utlåtande/resultat från tidigare utredningar.

4. Har du genomgått andra utredningar (t. ex. neuropsykiatrisk, psykologisk eller annan typ av utredning), vänligen fyll i nedan:

År	Typ av utredning

Obs! Vänligen bifoga utlåtande/resultat från tidigare utredningar.

5. Vad är det som gör att du misstänker att du har dyslexi och/eller en språkstörning? Beskriv:

**ANSÖKAN OM UTREDNING AV LÄS- OCH
SKRIVFÖRMÅGA OCH/ELLER SPRÅKLIG FÖRMÅGA
GÄLLANDE VUXNA**

14. Eventuell övrig information:

15. Kryssa ja/nej i tabellen nedan:

Har du svårt att läsa?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du svårt att komma ihåg eller förstå vad du har läst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hinner du läsa texten på tv?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du svårt att stava?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du svårt att formulera dig muntligt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du svårt att hitta ord?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du svårt att komma ihåg eller förstå instruktioner?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du svårt att komma ihåg eller förstå muntlig information (till exempel vid en lektion eller nyhetssändning)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

FRÅGOR TILL DIG SOM HAR ETT ANNAT MODERSMÅL ÄN SVENSKA:

16. Vilket är ditt starkaste språk?

17. Vilket språk läser och skriver du bäst på?

18. Vilket land är du född i?

19. När kom du till Sverige?

20. Har du gått i skola i något annat land?

Nej

Ja

Om ja, i vilket land?

Hur länge:

Vilket var undervisningsspråket:

Var skolgången sammanhängande:

21. Har du gått i skola i Sverige?

Nej

Ja (sätt kryss nedan)

Grundskola Gymnasium Komvux SFI Universitet/högskola

Tack för din medverkan!