



## Melding om behov for logopedisk teneste - vaksne

Personopplysningar		
Fødselsnummer	Fornamn, mellomnamn	Etternamn
Adresse	Postnummer	Poststad
Nasjonalitet	Morsmål	Mobil
Kjønn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne	E-postadresse	

Ynskjer vurdering / tilvising til logoped på grunn av:
<input type="checkbox"/> Afasi <input type="checkbox"/> Dysartri <input type="checkbox"/> Dysfagi <input type="checkbox"/> Kognitive kommunikasjonsvanskar <input type="checkbox"/> Tale/oralapraksi <input type="checkbox"/> Stemmevanskar <input type="checkbox"/> Stammering /løpsk tale <input type="checkbox"/> Anna

Blei sjuk dato: \_\_\_\_\_

Tilvisande instans: \_\_\_\_\_

Kort utgreiing av vanskane:

Underskrift	
_____ Stad og dato	_____ Underskrift

## Samtykke til innhenting av opplysningar underlagt teieplikt

Eg samtykker i at logoped kan innhente opplysningar underlagt teieplikt vedkomande:	
Namn:	Personnummer:
Ja <input type="checkbox"/>	Dersom Ja, kryss av for kva instansar nedanfor:
Nei <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tilvisande instans <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Ergoterapeut <input type="checkbox"/> Øyre-, nase-, halsavdeling <input type="checkbox"/> Statped <input type="checkbox"/> Andre, t.d. sjukeheim, omsorgssenter	

### Underskrift

\_\_\_\_\_  
Stad og dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift