**Henvisning til logoped**

Navn: Fødselsdato:

Adresse: Tlf: e-post:

Kontaktperson og tlf.:

Trenger logopedisk behandling på grunn av:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Afasi |  | Stemmevansker |
|  | Dysartri |  | Dysfagi |
|  | Tale/oralapraksi |  | Taleflytvansker |
|  | Andre vansker: | | |

Primærdiagnose:

Kort beskrivelse av vanskene:

Tidligere tiltak:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted Dato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søkerens signatur Pårørendes signatur