

**REMISS/Konsultationsförfrågan till Logopedmottagningen angående  
kommunikationshjälpmedel (röstgeneratorer, röstförstärkare samt samtalsapparater)**

Skriv ut remissen och skicka till:

Personnummer

**Logopedmottagningen (D21)**

Namn

**Centralsjukhuset  
651 85 Karlstad**

Adress

**Telefon: 010-831 95 60**

Postadress

Telefon

Telefon anhörig

**Remittent**

Datum

Remittent

Befattning

Adress

Telefon

Underskrift

**Medicinsk diagnos**

**Anamnes – Hälsa-och sjukdomshistoria**

**Synfunktioner**

**Hörselfunktioner**

**Handens finmotoriska användning**

**Psykiska funktioner** (kognitiv funktion, uppmärksamhet, minne, omdöme.)

**Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner** (huvudkontroll, bålstabilitet, hand-, fot-, benfunktion. Även felställningar, spasticitet, tremor)

**Kommunikation**

**Kommunicera – vara mottagare**

**Kommunicera – vara sändare** (ex. kan pat. använda gester, peka mm.)

**Logopedkontakt**      Nej      Ja      Namn på logoped

**Tidigare hjälpmedel som varit provade** (har bildstöd använts och hur har pat. använt sig av detta)

**Frågeställning**

**Målsättning** (var och i vilka sammanhang ska hjälpmedlet användas)

**Tolkbehov**      Nej      Ja      Språk