

## Egen vårdbegäran till pedagogiska hörselvården

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Adress	
Postnummer	Ort
Mobil/tel.nr dagtid	E-post

Hörapparat <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	BAHA/Bonebridge <input type="checkbox"/>	CROS/BICROS <input type="checkbox"/>
Personliga hörhjälpmedel förutom hörapparat <input type="checkbox"/>			
Namnge dessa:			
Arbetshjälpmedel <input type="checkbox"/>			
Namnge dessa:			

Beskriv vad du vill ha hjälp/stöd med



Har du behov av tolk? språk/skriv/ teckenspråk	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, ange vilken typ av tolk:		
Vill du ha återkoppling via:	1177 <input type="checkbox"/>	Brev <input type="checkbox"/>
Samtycke journal?		

Datum	Underskrift
-------	-------------

**Om du inte har varit i kontakt med oss tidigare gäller följande:**

- Tinnitus – du ska vara medicinskt utredd av ÖNH-läkare, öppenvårdsläkare eller företagshälsovårdsläkare innan ditt besök hos oss.
- Hörselnedsättning – som är konstaterad, ibland utprovat hörhjälpmedel/ljudstimulator och har behov av utökad rehabilitering/råd och stöd utöver det som getts via Hörcentralen/ÖNH
- Ljudkänslighet – som är hörsel/tinnitusrelaterad och påverkar din livssituation i större utsträckning att utökad rehabilitering behövs.

Din vårdbegäran bedöms på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården. Du får besked om vår bedömning inom ca 14 arbetsdagar efter vi erhållit din blankett.

**Ifylld blankett skickas till:** Pedagogiska hörselvården, Stadsvikens hälsocentral plan 3, 971 89 Luleå.