



Logopedmottagningen

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. Vi bedömer din vårdbegäran. Om du inte har fått besked inom 14 dagar så hör av dig till den mottagning där du har sökt vård. Om du behöver vård kommer du att informeras om var du ska få vården.

Namn		Personnummer
Gatuadress		Postnummer och postadress
Telefon hem/mobiltelefon		Vårdcentral
Lämna en kort beskrivning av de besvär/symtom du nu vill söka för.		
Hur länge har du haft besvär?		
Har du haft logopedkontakt tidigare? ☐ Nej ☐ Ja		
Om ja, i så fall när och var:		
Kan du komma med kort varsel? ☐ Nej ☐ Ja		
Ytterligare upplysningar		
Tolk? Ange vilket språk:		

Underskrift

Ort och datum

Namnteckning

Underskrift innebär att vi får ta del av journalhandlingar från andra vårdgivare

Blanketten skickas till:

Logopedmottagningen
Karlskoga lasarett
691 81 Karlskoga

Logopedmottagningen
Lindesbergs lasarett
711 82 Lindesberg

Logopedmottagningen
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro