

Egenremiss för vård på Alingsås lasarett - logopedi

Ankomstdatum:

| | |
|---|-------------|
| Förnamn | Efternamn |
| Personnummer | |
| Gatuadress | |
| Postnummer och postadress | |
| Telefonnummer | Mobilnummer |
| Behov av tolk (kryssa) | Språk |
| Lämna en kort beskrivning av de besvär du vill ha hjälp med: | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Har du sökt för besvären ovan? | |
| Var?..... När?..... | |
| Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare? | Ja Nej |

Din remiss granskas av logoped som bedömer om vi kan hjälpa dig.

Egenremissen skickas till:
Logopedmottagningen
Alingsås lasarett
441 83 Alingsås

Du som vill söka vård på mottagning vid annat sjukhus än vid Alingsås lasarett måste själv skicka blanketten till rätt mottagning/sjukhus. Mer information om kontaktuppgifter finns på www.vgregion.se

Datum..... Underskrift.....