

## Egen vårdbegäran till Länslogopedin

Vi bedömer din vårdbegäran på samma sätt som en remiss från hälso- och sjukvården.  
**Du kommer att få en skriftlig remissbekräftelse när vi bedömt remissen**

Personnummer

Förnamn

Efternamn

Adress

Mobiltelefonnummer, telefonnummer dagtid

Beskriv så utförligt som möjligt varför du söker kontakt med logoped.

Har du tidigare haft kontakt med logoped

Ja

Nej

Tillåter du att vi tar del av dina/barnets journalhandlingar  
från andra vårdgivare?

Ja

Nej

Behöver du tolk vid besöket?

Ja

Nej

Vilket språk:

Underskrift

Datum

**Skicka blanketten till det sjukhus du tillhör:**

Logopedmottagningen Gällivare sjukhus, Källgatan 14, 982 82 Gällivare

Logopedmottagningen Piteå sjukhus, Box 715, 941 28 Piteå.

Logopedmottagningen Sunderbyn sjukhus, 971 80 Luleå

Logopedmottagningen Kalix sjukhus, 952 82 Kalix

Logopedmottagningen Kiruna sjukhus. Skickas till Logopedmottagningen Kalix sjukhus, 952 82 Kalix.