

**Patientuppgifter**

Förnamn	Efternamn
Adress, postnummer och ort	Personnummer
Telefonnummer	Mobilnummer
Behov av tolk (kryssa) <input type="checkbox"/>	Språk

**Anhörig/ vårdnadshavare/ kontaktperson**

Namn	Namn
Adress, postnummer och ort	Adress, postnummer och ort
Telefonnummer	Telefonnummer

**Beskrivning av besvär:**

Har du sökt eller blivit behandlad för besvären ovan?	
Var?	När?
Jag godkänner att journalkopior beställs från de sjukvårdsenheter jag sökt på tidigare <input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nej	

Din remiss granskas av vårt team som bedömer om vi kan hjälpa dig. Du får meddelande per brev om besök och om vi behöver mer uppgifter eller underlag.

**Undertecknad egenremiss skickas via brev till:**

Logopedmottagningen  
Brömsebroväg 8  
621 42 Visby

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