

Egen vårdbegäran – skolelever

Namn:.....

Personnr:.....

Adress:.....

Tel/Mail (om myndig):.....

Målsman (om sökande är under 18 år):

Namn:.....

Adress:.....

Tel:.....

Mail:.....

Kryssa i frågeställning/frågeställningar:

- ☐ **Dyslexi** (obs. tidigast åk 3)
- ☐ **Språkstörning**
- ☐ **Dyskalkyli** (obs. tidigast åk 4)

OBS: För att egen vårdbegäran ska kunna godkännas **måste** även information så som hälsouppgifter och eventuella andra utredningar bifogas. Var god se vår hemsida (www.konsensus.info), där Ni även hittar frågeformulär och dylikt.

Skicka remissen till en av våra mottagningar:

Konsensus Logopedi Malmö
Storgatan 5
211 41 MALMÖ

Konsensus Logopedi Ystad
VC Sandskogen
Södra Dragongatan 18 C
271 39 YSTAD