



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 remiss till Malmö:

Konsensus Logopedi
Storgatan 5
211 41 MALMÖ

Skicka remiss till Ystad:

Konsensus Logopedi
Stora Östergatan 18
271 34 YSTAD