



Egen vårdbegäran – barn 0-6 år

Namn:.....

Personnr:.....

Adress:.....

Dagens datum:.....

Målsman:

Namn:.....

Adress:.....

Tel:.....

Mail:.....

Kryssa för lämplig beskrivning av språksvårigheterna:

- Inget tal
- Gester och ljud
- Verkar ha svårt att förstå tal och språk
- Svårförståeligt tal
- Saknar/byter ut ljud
- Brister i ordförråd
- Bristfällig meningsbyggnad
- Talängslan

Övrigt att tillägga:.....

.....

.....

Bifogat egen vårdbegäran ser vi gärna att Ni skickar med Frågeformulär Barn som går att hitta på vår hemsida www.konsensus.info

Skicka remissen till Malmö:

Konsensus Logopedi
Storgatan 5
211 41 MALMÖ

Skicka remissen till Ystad:

Konsensus Logopedi
Stora Östergatan 18
271 34 YSTAD