



Egen vårdbegäran, 6-18 år

Datum: _____

Barnets uppgifter

- Barnets namn: _____
- Personnummer: ____ - ____
- Adress: _____
- Skola och årskurs: _____

Vårdnadshavare

1 Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

2 Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____ E-post: _____

Behöver ni en tolk vid besöket? ☐ Nej ☐ Ja, språk: _____

Efterfrågad utredning *(välj ett eller flera alternativ)*

- ☐ Läs- och skrivutredning (tidigast från åk 3)
- ☐ Språklig utredning



Hälsouppgifter *(fråga skolsköterskan om ni är osäkra)*

Synundersökning, datum: _____ Resultat: _____

Hörselundersökning, datum: _____ Resultat: _____

Övrig information

Finns det något annat som kan vara bra för oss att känna till?

Följande handlingar ska bifogas med remissen:

- ☐ Ifyllt frågeformulär från skola (förslagsvis Skånelogopedernas) eller annan likvärdig information.
- ☐ Ifyllt frågeformulär från er föräldrar och ert barn (förslagsvis Skånelogopedernas) eller annat likvärdigt frågeformulär.
- ☐ Eventuella tidigare utlåtanden som är relevanta för utredningen, till exempel från psykolog.

Remissen sänds till:

Skånelogopederna
Östra Mårtensgatan 19
223 61 Lund

Vid frågor, kontakta oss gärna via telefon eller e-post.