

Egen vårdbegäran – skolelever 6-18 år

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer (om myndig): _____

E-post (om myndig): _____

Vårdnadshavare (om sökande är under 18 år):

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Efterfrågad utredning (kryssa i en, eller flera rutor)☐ **Läs- och skrivutredning (dyslexi) (tidigast åk 3)**☐ **Språkutredning**☐ **Dyskalkyliutredning (tidigast åk 4)**

Behöver vårdnadshavare tolk? _____ Om ja, språk och dialekt: _____

Hälsobeskrivning (kontakta skolsköterskan om ni är osäkra)

Senaste synundersökning, datum: _____ resultat: _____

Senaste hörselundersökning, datum: _____ resultat: _____

Övrigt: _____

För att egen vårdbegäran ska godkännas ska följande dokument bifogas:

- Frågeformulär till efterfrågad utredning från skola. Ladda ner frågeformulär från: www.lawrencelogopedi.se
- Utlåtanden från eventuella tidigare utredningar som är av relevans, exempelvis av psykolog, alternativt information om att skolpsykolog har konsulterats.

Skicka dokumenten till:

Lawrence Logopedi Båstad
Kalkvägen 4
269 36 Båstad