Remiss från: **Telefon:**	**Remiss:** **Logopedisk utredning** **Personnummer:**
Remissdatum: **Remitterande:**	**Namn, adress:**
Remiss till: **Lawrence Logopedi Båstad** **Kalkvägen 4** **269 36 Båstad**	**Telefon:**

Vårdnadshavare:

1:_____ Telefon:_____

2:_____ Telefon:_____

Efterfrågad utredning *(kryssa i en, eller flera rutor)*

☐ **Läs- och skrivutredning**

☐ **Språkutredning**

☐ **Dyskalkyliutredning**

Behov av tolk?_____ Om ja, språk och dialekt:_____

Hälsobeskrivning

Senaste synundersökning, datum:_____ resultat:_____

Senaste hörselundersökning, datum:_____ resultat:_____

Övrigt:_____

För att remissen ska godkännas ska följande dokument bifogas:

- Frågeformulär till efterfrågad utredning. 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.