

Verordnung zur logopädischen Therapie

Betrifft

Name _____ m w
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____ Zivilstand _____
PLZ/Ort _____ Beruf _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Arbeitgeber _____

Versichertenstatus Krankheit Unfall IV IV beantragt
Krankenkasse _____
Versicherten-Nr. _____

Bei Fremdsprachigkeit Muttersprache des Patienten englisch französisch italienisch
andere _____

Anzahl verordnete Konsultationen _____
(logopädische Praxis 12; Klinik 9)
Domiziltherapie ja nein

Name und Adresse verordnender Arzt

ZSR-Nr _____

Medizinische Diagnose

Störungen der Sprache, der Artikulation, der Stimme oder des Redeflusses, die zurückzuführen sind auf:

organische Hirnschädigungen mit

infektiöser traumatischer chirurgisch-postoperativer
toxischer tumoraler vaskulärer Ursache

phoniatisches Leiden

partielle oder totale Missbildung der Lippen, des Gaumens und des Kiefers

Störungen der Beweglichkeit der Zunge und der Mundmuskulatur oder des Gaumensegels mit infektiöser, traumatischer oder chirurgischpostoperativer Ursache

hypokinetiche oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie

Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache

Störungen der Hörfunktion

anderes _____

Bemerkungen

Rückmeldung über Behandlungsverlauf schriftlich telefonisch nicht nötig

Weiteres _____

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Anmeldung speichern und per E-Mail-Attachement an die Therapiekoordination senden