



ANORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE gem. Art. 10 KLV

Personalien Patient*in

| | |
|----------------|---|
| Name | Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> anderes |
| Vorname | Arbeitgeber/Ort |
| Geburtsdatum | Telefon Geschäft |
| Strasse | Versicherer |
| PLZ / Ort | Vers.-/Unfall-Nr. |
| Telefon privat | AHV-Nr. |
| E-Mail | |

Krankheit Unfall Domiziltherapie JA NEIN

Anzahl angeordneter Konsultationen (Standard 12; Klinik ambulant 9)

Medizinische Diagnose

Logopädische Diagnose gemäss KLV 10: Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses und des Schluckens, die zurückzuführen sind auf:

- neurologische Leiden mit
- infektiöser traumatischer chirurgisch-postoperativer toxischer tumoröser
 - vaskulärer hypoxischer degenerativer Ursache
- phoniatische Leiden
- partielle oder totale Missbildung der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kiefers oder des Kehlkopfes
 - Störungen der orofazialen Muskulatur oder der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, tumoröser oder funktioneller Ursache

Bemerkungen

Rückmeldung über den Behandlungsverlauf nicht nötig erwünscht

Weiteres:

Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN

Kontaktdaten der/des behandelnden Logopädin/
Logopäden (evtl.Stempel): ZSR-Nr und evtl. GLN

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift