

Ort, Datum

Sehr geehrte Frau ..., Sehr geehrter Herr.....

Ich behalte mir vor, Ihnen kurzfristig abgesagte oder versäumte Therapiestunden **privat** in Rechnung zu stellen. Ich bitte Sie deshalb, sich oder Ihr Kind im Verhinderungsfalle rechtzeitig abzumelden, spätestens jedoch 24 Stunden vor Therapiebeginn.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Logopädin/Logopäde: _____

Ich bestätige, dass ich auf obige Regelung hingewiesen wurde und sie zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum,
Unterschrift: _____

MUSTERBRIEFKfpl
September 2003**FORMULAR VOLLMACHT
AUSKUNFT EINHOLEN****VOLLMACHT (Auskunft einholen)**

NAME _____

ADRESSE _____

Mit meiner Unterschrift erteile ich *Frau (Name der Logopädin/des Logopäden)* die Vollmacht, bei der/n von mir bezeichneten Stelle/n Auskunft über Abklärungsergebnisse und über therapeutische Interventionen einzuholen.

STELLE	NAME	ADRESSE	TELEFON
HAUSARZT			
SPEZIALARZT			
KLINIK			
BEHÖRDE			
BERUFLICHE INSTANZ			
SCHULBEHÖRDE			
SCHULPSYCHOLOG ISCHER DIENST			
LEHRERIN/ LEHRER			
ANDERE			

ORT, DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

MUSTERBRIEFKfpl
September 2003**FORMULAR VOLLMACHT
AUSKUNFT ERTEILEN****VOLLMACHT (Auskunft erteilen)**

NAME _____

ADRESSE _____

Mit meiner Unterschrift erteile ich *Frau /Herrn (Name der Logopädin/des Logopäden)* die Vollmacht, der/n von mir bezeichneten Stelle/n Auskunft über Ihre Abklärungsergebnisse und über die therapeutischen Interventionen zu erteilen.

STELLE	NAME	ADRESSE	TELEFON
HAUSARZT			
SPEZIALARZT			
KLINIK			
BEHÖRDE			
BERUFLICHE INSTANZ			
SCHULBEHÖRDE			
SCHULPSYCHOLO- GISCHER DIENST			
LEHRERIN/ LEHRER			
ANDERE			

ORT, DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

LEIHGABE VON THERAPIEMATERIAL/GERÄTEN

Bezeichnung: _____

Datum: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich oben bezeichnetes Therapiematerial ausgeliehen habe.

Rückgabetermin: _____

Ich bin bereit, das Material bei Beschädigung oder bei Verlust zu ersetzen.

Name: _____ Unterschrift: _____

Rückgabe: _____ Unterschrift: _____

VERMIETUNG VON THERAPIEMATERIAL/GERÄTEN

Bezeichnung: _____

Mietpreis: _____

Datum: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich oben bezeichnetes Therapiematerial für eine Zeit von _____ gemietet habe.

Rückgabetermin: _____

Ich bin bereit, das Material bei Verlust zu ersetzen.

Name: _____ Unterschrift: _____

Rückgabe: _____ Betrag dankend erhalten

Unterschrift: _____

EINWILLIGUNG FÜR AUDIO- UND VIDEOAUFNAHMEN

Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme von Therapiesitzungen/ Abklärungen auf Audiokassette (Ton) und/oder auf Videokassette (Bild und Ton) einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Aufnahmen durch die/den behandelnde/n Logopädin/Logopäde zu diagnostischen Zwecken verwendet werden.

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen. Ich habe das Recht, die Löschung der Aufnahmen zu verlangen.

Ort, Datum: _____

Name und Unterschrift des Klienten/eines Elternteils / eines Sorgeberechtigten

Name und Unterschrift der Logopädin/des Logopäden

Die Aufnahmen dürfen auch zu Fort- und Weiterbildungszwecken verwendet werden. Alle beteiligten Fachleute unterliegen der Schweigepflicht.

Ort, Datum: _____

Name und Unterschrift des Klienten/ eines Elternteils/ eines Sorgeberechtigten

Name und Unterschrift der Logopädin/des Logopäden:

<i>IV - Sekretariat</i> <i>Strasse</i> <i>Postleitzahl, Ort</i>

Ort, Datum

Antrag auf Verlängerung der IV- Verfügung

Felix Muster, geb. am 28.8.1986, Musterstr.x, xxxx Musterdorf, IV.Nr.

Felix Muster kommt seit..... zu mir in logopädische Therapie.
Therapieschwerpunkte waren.....

.....
.....

Felix ist sehr motiviert und arbeitet gut mit. Er hat jedoch immer noch Probleme bei.....

.....

Die Fortführung der Therapie ist indiziert und ich ersuche Sie um Verlängerung der Verfügung bis..... (x Sitzungen wöchentlich).

Freundliche Grüsse

Beilage: Bericht