



VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE gem. Art. 10 KLV

Personalien PatientIn

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: m w

Strasse:

PLZ/Ort:

Telefon Privat:

Arbeitgeber:

Telefon Geschäft:

Krankenversicherer:

Versichertennummer:

Krankheit Unfall Invalidität

Anzahl verordnete Konsultationen:
(normalerweise 12; Klinik 9)

Domiziltherapie: JA NEIN

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 chirurgisch-postoperativer Ursache
 - hypokinetische oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie
 - Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache
 - Störungen der Hörfunktion
 - anderes:

Name und Adresse verordnende/r Ärztin/Arzt

.....
.....
.....
.....
.....

ZSR-Nr:

Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

Bemerkungen

Rückmeldung über Behandlungsverlauf:
 schriftlich telefonisch nicht nötig

Weiteres:
.....