

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:

.....