

# VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE

(gem. Art. 10 KLV)

## PatientIn

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Geburtsdatum

Geschlecht

## Arbeitgeber

Name

Strasse

PLZ/Ort

## Versicherung

Name

Strasse

PLZ/Ort

GLN

Vers.-/Unfalls-Nr.

Gesetz

Behandlungsgrund

Verordnete

Konsultationen (normalerweise 12 Konsultationen; bei Klinik 9)

Domiziltherapie  Nein  Ja

## Medizinische Diagnose

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

organische Hirnschädigungen mit

- infektiöser  traumatischer
- toxischer  tumoraler
- chirurgisch-postoperativer
- 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
- hypo- oder hyperkinetische funktionelle Dysphonie
- Störungen der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer oder chirurgisch-postoperativer Ursache
- Störungen der Hörfunktion

anderes Leiden

## Bemerkungen

Rückmeldung über Behandlungsverlauf  schriftlich  telefonisch  nicht nötig

## Ärztin/Arzt

Datum

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

GLN/ ZSR