



## 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:

.....