

## ANORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE gem. Art. 10 KLV

### Personalien Patient\*in

|                |   |
|----------------|---|
| Name           | Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> anderes |
| Vorname        | Arbeitgeber/Ort   |
| Geburtsdatum   | Telefon Geschäft  |
| Strasse        | Versicherer   |
| PLZ / Ort      | Vers.-/Unfall-Nr.   |
| Telefon privat | AHV-Nr.   |
| E-Mail         |   |

Krankheit  Unfall  Domiziltherapie  JA  NEIN

Anzahl angeordneter Konsultationen (Standard 12; Klinik ambulant 9)

### Medizinische Diagnose

### Logopädische Diagnose gemäss KLV 10: Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses und des Schluckens, die zurückzuführen sind auf:

- neurologische Leiden mit
  - infektiöser  traumatischer  chirurgisch-postoperativer  toxischer  tumoröser
  - vaskulärer  hypoxischer  degenerativer Ursache
- phoniatische Leiden
  - partielle oder totale Missbildung der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kiefers oder des Kehlkopfes
  - Störungen der orofazialen Muskulatur oder der Larynxfunktion mit infektiöser, traumatischer, chirurgisch-postoperativer, tumoröser oder funktioneller Ursache

### Bemerkungen

Rückmeldung über den Behandlungsverlauf  nicht nötig  erwünscht

Weiteres:

Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN

Kontaktdaten der/des behandelnden Logopädin/  
Logopäden (evtl. Stempel): ZSR-Nr und evtl. GLN

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift