

## 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)    12

### 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