



## 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