

VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE

(gem. Art. 10 KLV)

PatientIn

Name
Vorname
Strasse
PLZ/Ort
Geburtsdatum
Geschlecht
AHV-Nr.
Mail
Telefon/Fax

Arbeitgeber

Name
Strasse
PLZ/Ort

Versicherung

Name
Strasse
PLZ/Ort
GLN
Gesetz
Versicherten-Nr.
Unfall-Nr. / -Datum
Behandlungsgrund
Verordnete Konsultationen (normalerweise 12 Konsultationen; bei Klinik 9)
Domiziltherapie Nein Ja

Bemerkungen

Rückmeldung über Behandlungsverlauf nicht nötig erwünscht

Logopäde/Logopädin

Mail
GLN
ZSR

Medizinische Diagnose

Logopädische Diagnose gemäss KLV10

Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses und des Schluckens, die zurückzuführen sind auf:

neurologische Leiden mit

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> infektiöser | <input type="checkbox"/> traumatischer |
| <input type="checkbox"/> toxischer | <input type="checkbox"/> tumoröser |
| <input type="checkbox"/> vaskulärer | <input type="checkbox"/> chirurgisch-postoperativer |
| <input type="checkbox"/> hypoxischer | <input type="checkbox"/> degenerativer Ursache |

phoniatisches 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

Ärztin/Arzt

GLN/ZSR

Mail

Unterschrift

bei elektronischer Einsendung unnötig

Datum

Elektronische
Übermittlung