**VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE** gem. Art. 10 KLV

**Personalien PatientIn**

Name [Patient.Name]

Vorname [Patient.Vorname] ([Patient.Geschlecht])

Geburtsdatum [Patient.Geburtsdatum]

Strasse [Patient.Strasse]

PLZ/Ort [Patient.Plz] [Patient.Ort]

Telefon Privat [Patient.Telefon1] [Patient.Natel]

Arbeitgeber

Telefon Geschäft [Patient.Telefon2]

Krankenversicherer [Fall:-:-:KostentraegerKuerzel]

Versichertennummer [Fall.Versicherungsnummer]

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

phoniatrisches 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**

[Mandant.Titel] [Mandant.Vorname] [Mandant.Name]

[Mandant.Strasse], [Mandant.Plz] [Mandant.Ort]

Tel [Mandant.Telefon1], Fax [Mandant.Fax]

**ZSR-Nr**: [Mandant.KSK]

**Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin:**

[Datum.heute]

**Bemerkungen**

Rückmeldung über Behandlungsverlauf:

schriftlich  telefonisch  nicht nötig

Weiteres: