|  |
| --- |
| **Personalien Patient\*in** |
| Name       |  | Geschlecht [ ]  m [ ]  w [ ]  anderes |
| Vorname       |  | Arbeitgeber/Ort       |
| Geburtsdatum       |  | Telefon Geschäft       |
| Strasse       |  | Versicherer       |
| PLZ / Ort       |  | Vers.-/Unfall-Nr.       |
| Telefon privat       |  | AHV-Nr.       |
| E-Mail       |  |   |
| [ ]  Krankheit [ ]  Unfall Domiziltherapie [ ]  JA [ ]  NEINAnzahl 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[ ]  phoniatrische 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 [ ]  erwünschtWeiteres:       |
| **Arzt /Ärztin (Stempel): ZSR-Nr und GLN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum und Unterschrift |  | **Kontaktdaten der/des behandelnden Logopädin/ Logopäden (evtl.Stempel): ZSR-Nr und evtl. GLN**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum und Unterschrift |