|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  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  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  erwünscht  Weiteres: | | |
| **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 |