**Kleber**

(Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, FID/PIPD)

 (bitte mind. 5. Stk.)

**Verordnung für stationäre Logopädie**

Abteilung/Zimmer-Nr.: .................................................................................................

Medizinische Diagnose: ……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………................

………………………………………………………………………………………….............

Ätiologie: [ ]  CVI [ ]  SHT [ ]  Tumor [ ]  Sonstiges: ……………….....

Lokalisation: ………………………………………………………………………………….

Ereignis am: ………………………………………………………………………………….

[ ]  Dysphagie [ ]  Dysphonie

[ ]  Aphasie [ ]  periphere Fazialisparese/zentrale faziale Parese

[ ]  Dysarthrie [ ]  Weiteres: …………………………………….

Zusatzinformationen:

Parese [ ]  rechts [ ]  links [ ]  armbetont [ ]  beinbetont

[ ]  Hemianopsie [ ]  Neglekt

Sehvermögen: …………………………….......................................................................

Hörvermögen: …………………………….......................................................................

Besondere Hinweise (Beruf etc.): …………………………………………………….......

Datum: Name und Unterschrift Arzt/Ärztin; Tel.:

……………………………………… ………………………………………………