**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.:

……………………………………… ………………………………………………