

Verordnung zur Logopädischen-Therapie

(gem. Art. 10 KLV)

Patientin/Patient

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse / Nr.	
PLZ / Wohnort	
Telefon	
E-Mail	
AHV-Nr.	

Versicherung

Name	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
GLN	
Gesetz	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> VVG <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> MVG
Versicherten-Nr.	
Unfall-Nr. / Datum	

Behandlungsgrund

Domiziltherapie ja nein

Verordnete Konsultationen

(normalerweise 12 Konsultationen; bei Klinik 9)

Bemerkungen

Rückmeldung über Behandlungsverlauf nicht nötig erwünscht

Arbeitgeber

Name	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	

Logopäde/Logopädin

E-Mail	
GLN	
ZSR	

Medizinische Diagnose

Logopädische Diagnose gemäss KLV10

Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Redeflusses und des Schluckens, die zurückzuführen sind auf:

neurologische Leiden mit

infektiöser toxischer vaskulärer

hypoxischer traumatischer tumoröser

chirurgisch-postoperativer

degenerativer Ursache

phoniatisches 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

GLN/ZSR

E-Mail

Bitte senden Sie das Formular an logo@gzo.ch

Datum

Ärztin/Arzt Unterschrift