**Anlage 98g**

**Formular für den Antrag auf Beteiligung an den Kosten für Logopädieleistungen (Art. 36)**

**B 6.5 Multiple funktionelle Störungen in Bezug auf kieferorthopädische Störungen**

(alle Rubriken müssen ausgefüllt werden)

***Die ärztlichen Verschreibungen für die logopädische Bilanz und die logopädische Behandlung müssen beim Antrag auf Zustimmung diesem Formular beigefügt werden.***

**Administrative Auskünfte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifizierung des Begünstigten**  (ausfüllen oder eine Vignette aufkleben) | **Identifizierung des Logopäden** |
| Name und Vorname:  Adresse:  Geburtsdatum:  Nationalregisternummer: | Name und Vorname:  Adresse:  Ruf:  E-Mail:  LIKIV-Nummer: |

**Beteiligte logopädische Leistungen**

- Anfangsbilanz

Ort:

Datum/Daten:

- Behandlung

ab dem:

Ort: ☐ Praxis ☐ zu Hause ☐ in der Schule ☐ im Krankenhaus

**Logopädischer Bericht**

***Relevante Elemente der Anamnese:***

***Klinische Daten***

*Zustand der kranio-maxillofazialen Strukturen, der von einem Zahnfacharzt oder Facharzt-Kieferorthopäden festgestellt wurde* (Kieferfehlstellung und/oder Malokklusion):

* Name des Pflegeerbringers:
* Datum der Untersuchung:
* Beschreibung der kieferorthopädischen Störung:

*Logopädische Untersuchung*

Ventilation:  
​

(normale) Nasenatmung

Mundatmung

Mischatmung

Position der Zunge in Ruhe:

normal

niedrig

interdental

Schlucken:

normal

atypisches Schlucken

relevante(s) Merkmal(e) (*fakultativ*): …………………………………… ………………..…………………………………………………………………………

Kauen:

normal

abweichend

relevante(s) Merkmal(e) (*facultativ*): ………………………………………

…………………..…………………………………………………………………………

Artikulation:

keine Artikulationsstörung

Artikulationsstörung (*kurze* *Beschreibung*) :.................................................. …………………..…………………………………………………………………………

***Zusätzliche Merkmale der Störung nach Daten aus der logopädischen Bilanz (alle Merkmale sind in der Patientenakte aufzubewahren):***

Beurteilung des Gesichts und der Weichteile

Bewertung der Körperhaltung

Bewertung etwaiger Parafunktionen

Kein Zusammenhang mit einer Frenektomie, einer einfachen Artikulationsstörung oder einer Behandlung von Schlafapnoe

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Unterschrift des Logopäden | Datum und Unterschrift des Begünstigten oder seines gesetzlichen Vertreters/Vormunds |
|  |  |

**Entscheidung des Vertrauensarztes**

|  |
| --- |
| Empfangsdatum:  Entscheidung:  ☐ Genehmigung der logopädischen Bilanz  ☐ Genehmigung der logopädischen Behandlung  ☐ Verweigerung der logopädischen Bilanz  ☐ Verweigerung der logopädischen Behandlung  ☐ Sonstiges  Datum und Unterschrift: |