**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 ☐ SonstigesDatum und Unterschrift: |