**Anhang 98b**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen**

**B2 − Störungen in der rezeptiven und/oder expressiven Sprachentwicklung**

(alle Rubriken müssen ausgefüllt werden)

***Die ärztlichen Verschreibungen für die logopädische Abklärung und für die logopädische Behandlung müssen diesem Formular mit dem Antrag auf Genehmigung beigefügt werden.***

**Administrative Daten**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifizierung des Anspruchsberechtigten**  (auszufüllen oder per Erkennungsaufkleber anzubringen) | **Identifizierung des Logopäden** |
| Name und Vorname:  Adresse:  Geburtsdatum:  Nationalregisternummer: | Name und Vorname:  Adresse:  Telefonnummer:  E-Mail-Adresse:  LIKIV-Nummer: |

**Erstattung der logopädischen Sitzungen**

- Abklärung

Ort der Durchführung:

Durchführungsdatum/Durchführungsdaten:

- Behandlung

Anfangsdatum:

Ort:  Praxis  Zu Hause  Schule  Krankenhaus

**Logopädischer Bericht**

***Anamnese***

* Chronologisches Alter:
* Zu Hause gesprochene Sprache(n):
  + Wenn mehrere Sprachen gesprochen werden, geben Sie hier bitte die vorherrschende Sprache an\*:
* Schule :
  + Unterrichtssprache\*:
  + Art der Schule:
  + Aktuelles Schuljahr:
* Sprachbad von 6 Monaten in der Sprache der Behandlung?  Ja  Nein

*\* bei Mehrsprachigkeit: Hinzufügung einer Bewertung der dominanten zu Hause gesprochenen Sprache mit Hilfe des Elternfragebogens ALDeQ.*

***Logopädische Untersuchungsdaten***

Audiogramm[[1]](#footnote-1)

* + Datum der Durchführung:
  + Name und LIKIV-Nummer des Gehörprothesenherstellers/Audiologen oder des HNO-Arztes:

\*ein Audiologe hat keine LIKIV-Nummer; seine LIKIV-Nummer muss daher nicht erwähnt werden

* + durchschnittlicher Hörverlust auf dem besten Ohr

kleiner oder gleich 40 db HL  größer als 40 db HL

IQ-Test[[2]](#footnote-2)

* + Name des Tests:
  + Gesamter IQ-Wert:
  + Durchführungsdatum:
  + Name des Pflegeerbringers:

Logopädische Tests *(Name, Autoren und Veröffentlichungsdatum)*:

* + …
  + …

Ergebnisse:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tests | | Testteile | Ergebnisse | Perzentile |
| Phonologie | | | | |
|  | Rezeptiv |  |  |  |
| Expressiv |  |  |  |
| Lexikon/Semantik | | | | |
|  | Rezeptiv |  |  |  |
| Expressiv |  |  |  |
| Morphologie | | | | |
|  | Rezeptiv |  |  |  |
| Expressiv |  |  |  |
| Syntax | | | | |
|  | Rezeptiv |  |  |  |
| Expressiv |  |  |  |
| Pragmatisch | | | | |
|  | Rezeptiv |  |  |  |
| Expressiv |  |  |  |
| Bewertung anhand des Elternfragebogens (bei Mehrsprachigkeit obligatorisch) | | | Kriterium | |
| Score ALDeQ:  Durchgeführt für (nennen Sie die Sprache): | | | Interpretation:  > 0,71 : Expositionsverzögerung  ≤ 0,71 : Verdacht auf eine Sprachstörung | |

***Merkmale der Störung nach logopädischer Beurteilung: B2 (Störungen in der rezeptiven und/oder expressiven Sprachentwicklung)***

Störungen in der rezeptiven und/oder expressiven Sprachentwicklung

Mindestens ein Ergebnis ist kleiner als die Kriterienwerte oder entspricht diesen

der durchschnittliche Hörverlust auf dem besten Ohr beträgt nicht mehr als 40 dB HL

der Defizitwert in Phonologie ist nicht auf eine einfache Artikulationsstörung zurückzuführen.

der gesamte Intelligenzquotient wurde gemessen

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

**Entscheidung des beratenden Arztes**

|  |
| --- |
| Eingangsdatum:  Entscheidung:  Genehmigung logopädische Abklärung  Genehmigung logopädische Behandlung  Ablehnung logopädische Abklärung  Ablehnung logopädische Behandlung  Sonstiges  Datum und Unterschrift: |

1. Die Audiometrie muss dem Antrag nicht beigefügt werden, sondern soll in der Patientenakte hinterlegt werden. [↑](#footnote-ref-1)
2. Der Bericht des IQ-Tests muss dem Antrag nicht beigefügt werden, sondern soll in der Patientenakte hinterlegt werden. [↑](#footnote-ref-2)