**Anhang 98c**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen**

**B3 – Legasthenie und/oder Dysorthographie und/oder Dyskalkulie**

(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:
* Zuhause gesprochene Sprache(n):
	+ Wenn mehrere Sprachen gesprochen werden, geben Sie hier bitte die vorherrschende Sprache an:
* Schule:
	+ Unterrichtssprache:
	+ Dauer des Kontakts mit der Unterrichtssprache:
	+ Art der Schule:
	+ Aktuelles Schuljahr:
	+ Wiederholt: [ ]  ja [ ]  nein Wenn ja, wiederholtes Schuljahr:

***Logopädische Untersuchungsdaten***

* Logopädische Tests *(Name, Autoren und Veröffentlichungsdatum)*:
	+ …
	+ …
* Ergebnisse:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Testteile | Ergebnisse | Perzentile |
| Technisches Lesen |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Rechtschreibung |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Rechnen |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Merkmale der Störung nach der logopädischen Beurteilung: B3 (Legasthenie und/oder Dysorthographie und/oder Dyskalkulie)***

[ ]  mindestens 6 Monate am Unterricht der Primar- oder Sekundarstufe teilgenommen

[ ]  zwei Ergebnisse erzielt, die kleiner oder gleich den Kriterienwerten im Lesen und/oder schriftlichen Ausdruck und/oder Rechnen sind

[ ]  zusätzliche Hilfe wurde bereits geleistet [ ]  in der Schule

 [ ]  Zu Hause

 [ ]  Sonstiges:

***Die Bewertung der folgenden Fähigkeiten wird in der Abklärung präsentiert:***

[ ]  Genauigkeit und/oder Geschwindigkeit (Automatisierung)

[ ]  Kompensationsverhalten, negative Einstellung, erhöhte Anstrengung

[ ]  die phonologische Entwicklung (nur bei Legasthenie und Dysorthographie)

|  |  |
| --- | --- |
| 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[ ]  SonstigesDatum und Unterschrift: |