**Anhang 98d**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen**

**B6.4 – Stottern**

(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***

***Logopädische Untersuchungsdaten***

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

* + …
	+ …

[ ]  Ergebnisse:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Untertests | Ergebnisse | Perzentile |
| Stottertest (A) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Test der Einstellung zum Sprechen\* (B) |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Ab 10 Jahren zwingend erforderlich

|  |  |
| --- | --- |
| 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: |