**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

* + Datum der Durchführung:
  + Name HNO-Arzt:
* der durchschnittliche Hörverlust auf dem besten Ohr beträgt nicht mehr als 40 dB HL

Ja  Nein

IQ-Test (*Name des Tests*):

* + Gesamt-IQ ≥ 86:
  + Durchführungsdatum :
  + Name des Untersuchers :
  + Begründung, wenn eine Begründung gemäß der einschränkenden Liste erforderlich ist:

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 | | | Kriterium | |
| Score ALDeQ: | | | Interpretation:  > 0,71 : Expositionsverzögerung  ≤ 0,71 : Verdacht auf eine Sprachstörung | |

(\*) bei Mehrsprachigkeit zwingend erforderlich

***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 Gesamt-IQ beträgt 86 oder mehr

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