**Anhang 98e**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen**

**C2 - Funktionsstörung des Kehlkopfes und/oder der Stimmlippen**

(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***

[ ]  Beruf:

[ ]  Stimmbelastende Faktoren außerhalb der beruflichen Tätigkeit:

[ ]  Medizinischer Kontext

* + Gehör:
	+ Allergien:
	+ Magenreflux:
	+ Medikation:

***Logopädische Untersuchungsdaten***

[ ]  Laryngostroboskopie *(im Anhang\*; Datum der Untersuchung und Name des Arztes)*

*\* Der HNO-Arzt muss die Ergebnisse der stroboskopischen Untersuchung mitteilen (normal oder pathologisch). Im Falle eines pathologischen Ergebnisses muss der HNO-Arzt die Diagnose mitteilen.*

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

* + Voice Handicap Index (Übersetzung M. De Bodt, et al., 2000; Jacobson, et al., 1998)
	+ Pediatric Voice Handicap Index (Übersetzung P. Ceuppens et al, 2011)
	+ …

[ ]  Ergebnisse:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Testteile | Ergebnisse | Beurteilung |
| 1) Bei den **akustischen Tests/objektiven Messungen** erzielte Werte: **(die Durchführung mindestens eines dieser Tests ist zwingend erforderlich)** |
| Grundlegende Frequenz (*f*o) | / |  | Referenzwert (Hz) : |
| **UND/ODER** |  |  |  |
| Dysphonia Severity Index (DSI) | / |  | Abweichend, wenn < 1,6 |
| **UND/ODER** |  |  |  |
| Assessment Voice Quality Index (AVQI) | / |  | Abweichend, wenn ≥ 2,95 |
| 2) Erreichte Werte bei der **auditiven perzeptiven Wahrnehmung der Stimme** (GRBAS) (klinisch, wenn ≥ 1): **(die Durchführung dieses Tests ist zwingend erforderlich)** |
| GRBAS | / | G.…R.…B….A….S…. | 0 normal, 1 leicht, 2 mäßig, 3 schwerwiegend |
| 3) Erzielte Werte bei der Messung **der Auswirkungen der Stimmbeschwerden auf die Lebensqualität**: **(die Durchführung eines dieser Tests ist zwingend erforderlich)** |
| Voice Handicap Index | Gesamt | …… / 120 | Klinisch, wenn ≥ 20 |
|  | Funktionale Subskala | …… / 40 |  |
|  | Emotionale Subskala | …… / 40 |  |
|  | Physische Subskala | …… / 40 |  |
| **ODER** |  |  |  |
| Voice Handicap Index | Gesamt | …… / 92 | Klinisch, wenn ≥ 15 |
|  | Funktionale Subskala | …… / 28 |  |
|  | Emotionale Subskala | …… / 28 |  |
|  | Physische Subskala | 36. |  |
| **ODER** |  |  |  |
| QSV enfants |  |  | Klinisch, wenn ≥ 9(questionnaire enfant) |
|  |  |  | Klinisch, wenn ≥ 4(questionnaire parent) |

***Merkmale der Störung nach logopädischer Beurteilung: C2 (Dysfunktion des Kehlkopfes und/oder der Stimmlippen)***

[ ]  Mindestens einer der folgenden Aspekte ist abweichend:

* die Laryngostroboskopie
* auditive perzeptive Wahrnehmung der Stimme (GRBAS)
* Messung der Auswirkungen auf die Lebensqualität (VHI für Erwachsene oder P-VHI für Kinder)

[ ]  Mindestens eine/r der akustischen Tests/objektiven Messungen ist abnormal

* Grundlegende Frequenz (FO) und/oder
* Dysphonia Severity Index (DSI) und/oder
* Assessment Voice Quality Index (AVQI)

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