**Anhang 99**

NOTIFIZIERUNG BEZÜGLICH DER VERLÄNGERUNG DER BEHANDLUNG EINER STÖRUNG (Art. 36)

1. Administrative Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifizierung des Anspruchsberechtigten** | **Identifizierung des Logopäden** |
| Name und Vorname: Adresse: Geburtsdatum:Nationalregisternummer:  | Name und Vorname: Adresse: Telefonnummer: E-Mail-Adresse: LIKIV-Nummer: |

2. Erklärung des Logopäden

Ich, der Unterzeichnende, ..........................................................., Logopäde, bestätige dem beratenden Arzt, dass die Behandlung für die unten aufgeführte Störung am Datum ......................................... verlängert wird, sofern die maximale Anzahl der Sitzungen für die Störung noch nicht erreicht ist.

Ich habe die Voraussetzungen für die Bescheinigung der Leistungen zur Kenntnis genommen, die im Zusammenhang mit der nachstehend genannten Störung und allgemein gemäß Artikel 36 § 2 der Nomenklatur der medizinischen Leistungen zu erbringen sind.

Ich bestätige, dass für diesen Anspruchsberechtigten festgestellt wurde, dass eine Verlängerung der logopädischen Behandlung die anhaltende Störung oder deren Folgen erheblich verbessern sollte.

Die ärztliche Verschreibung lege ich diesem Formular bei. Ich bewahre in der Patientenakte den Entwicklungsbericht auf, aus dem hervorgeht, dass sich der Patient in der unten ausgewählten Situation befindet.

Der beratende Arzt kann gegebenenfalls zusätzliche Informationen anfordern.

3. Logopädische Störung

Wählen Sie unten die entsprechende Störung aus (maximal 1 Störung).

 Wählen Sie ein Item.

4. Datum und Unterschrift des Logopäden