**Anhang 98a**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen (Art. 36)**

**Standardformular**

Dieses Formular muss für alle Störungen verwendet werden, mit Ausnahme derjenigen, für die es spezifische Formulare gibt (Art. 36 § 2 b) 2°, § 2 b) 3°, § 2 b) 6.4, § 2 c) 2° und § 2 f)).

(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:

- Störung entsprechend der Nomenklatur: Wählen Sie ein Item.

- Behandlung

Anfangsdatum:

Ort:  Praxis  Zu Hause  Schule  Krankenhaus

**Logopädischer Bericht**

***Anamnese***

***Logopädische Untersuchungsdaten:***

***Merkmale der Störung nach logopädischer Beurteilung:***

|  |  |
| --- | --- |
| Datum und Unterschrift des Logopäden | Datum und Unterschrift des Anspruchsberechtigten oder seines gesetzlichen Vertreters/Vormunds |
|  |  |

**Entscheidung des beratenden Arztes**

|  |
| --- |
| Eingangsdatum:  Beschluss:  Genehmigung logopädische Abklärung  Genehmigung logopädische Behandlung  Ablehnung logopädische Abklärung  Ablehnung logopädische Behandlung  Sonstiges  Datum und Unterschrift: |