**Anhang 98c**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen**

**B3 – Legasthenie und/oder Dysorthographie und/oder Dyskalkulie**

(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:
* Zuhause gesprochene Sprache(n):
  + Wenn mehrere Sprachen gesprochen werden, geben Sie hier bitte die vorherrschende Sprache an:
* Schule:
  + Unterrichtssprache:
  + Dauer des Kontakts mit der Unterrichtssprache:
  + Art der Schule:
  + Aktuelles Schuljahr:
  + Wiederholt:  ja  nein Wenn ja, wiederholtes Schuljahr:

***Logopädische Untersuchungsdaten***

* Logopädische Tests *(Name, Autoren und Veröffentlichungsdatum)*:
  + …
  + …
* Ergebnisse:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tests | Testteile | Ergebnisse | Perzentile |
| Technisches Lesen |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Rechtschreibung |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Rechnen |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***Merkmale der Störung nach der logopädischen Beurteilung: B3 (Legasthenie und/oder Dysorthographie und/oder Dyskalkulie)***

mindestens 6 Monate am Unterricht der Primar- oder Sekundarstufe teilgenommen

zwei Ergebnisse erzielt, die kleiner oder gleich den Kriterienwerten im Lesen und/oder schriftlichen Ausdruck und/oder Rechnen sind

Kompensationsverhalten, negative Einstellung, erhöhte Anstrengung

zusätzliche Hilfe wurde bereits geleistet  in der Schule

Zu Hause

Sonstiges:

***Die Bewertung der folgenden Fähigkeiten wird in der Abklärung präsentiert:***

die Lesegenauigkeit und/oder -geschwindigkeit

die phonologische Entwicklung (nur bei Legasthenie und Dysorthographie)

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