**Anhang 98f**

**Antragsformular für die Erstattung logopädischer Sitzungen**

**F – Dysphasie**

(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\*:
	+ Dauer des Kontakts mit der Unterrichtssprache:
	+ Art der Schule:
	+ Aktuelles Schuljahr:
	+ Wiederholt: [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja, wiederholtes Schuljahr:

*\* 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):

* + Handlungs-IQ oder nonverbaler Index oder EQ (Entwicklungsquotient) ≥ 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 |  |  |  |
| (\*) 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: F (Dysphasie)***

[ ]  schwerwiegende rezeptive und/oder expressive Sprachstörung, die über das 5. Lebensjahr hinaus andauert

[ ]  schwerwiegende Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation und/oder der täglichen Aktivitäten, die den mündlichen Sprachgebrauch beinhalten

[ ]  nachgewiesen durch Ergebnisse, die für mindestens einen Aspekt (expressiv oder rezeptiv) in mindestens drei verschiedenen Bereichen unter dem Kriterienwert liegen oder diesem entsprechen.

[ ]  der durchschnittliche Hörverlust auf dem besten Ohr beträgt nicht mehr als 40 dB HL

[ ]  Handlungs-IQ oder nonverbaler Index oder EQ (Entwicklungsquotient) ≥ 86

[ ]  Fehlen einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung

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