**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[ ]  SonstigesDatum und Unterschrift: |