

# Verordnung zur Logopädischen Therapie Gemäss KLV Art. 10



Gertrud Kälin-Meier  
Dipl. Logopädin  
Stimm-, Sprech- und  
Sprachtherapeutin

Spital Lachen AG  
Altbau 2. Stock, Eingang C  
Tel. Praxis 055 422 34 40  
Fax 055 422 34 41  
kaelin.gertrud@bluewin.ch

## Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

PLZ/Arbeitsort \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Sprache \_\_\_\_\_

Versicherer \_\_\_\_\_

Versicherungs- / Unfall-Nr. \_\_\_\_\_

## Diagnose

Medizinische Diagnose

Krankheit       Unfall       Invalidität

## Auftrag

Anzahl verordnete Konsultationen:

- |                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Domiziltherapie<br><input type="checkbox"/> ambulante Therapie<br><input type="checkbox"/> stationäre Therapie |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

max. 12

## Einweisende Ärztin / Arzt:

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ZSR-Nr. \_\_\_\_\_

## Logopädische Massnahmen

(durch Ärztin / Arzt auszufüllen, wenn sie / er es wünscht):

## Rückmeldung über Behandlungsverlauf

schriftlich       telefonisch       nicht nötig

Datum \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Unterschrift Ärztin / Arzt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_