

VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE GEMÄSS KLV ART. 10



Stempel der Logopädin mit ZSR-
Nummer

Ingrid Meyer Weber
Logopädin HPS

ZSR Nr. R 0503.18
ZSR Nr. E 8600.05

PERSONALIEN / PATIENT

Name	Vorname
Geburtsdatum	Sprache
Strasse	PLZ,Ort
Telefon Privat	Arbeitgeber
PLZ,Ort/	Telefon Geschäft
Krankenkasse	Vers.-/Unfall-Nr.

Diagnose

Medizinische Diagnose:

Auftrag

Anzahl verordnete Konsultationen:

Logopädische Massnahmen/Hinweise

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

- Krankheit
- Unfall
- Invalidität

Rückmeldung über Behandlungsverlauf:

- schriftlich
- telefonisch
- nicht nötig

Arzt/Ärztin, ZSR-Nr.:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen: