

**BEHANDLUNGSPLAN FÜR LOGOPÄDIE** erstellt am

<b>VSNR:</b> / <b>Versichert bei:</b> <b>Patient/Patientin:</b> <b>Titel/Zuname:</b> <b>Vorname:</b> <b>Adresse:</b>  <b>zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:</b>	<b>VSNR:</b> / <b>Versicherter/Versicherte:</b> <b>Titel/Zuname:</b> <b>Vorname:</b> <b>Adresse:</b>
---	--

**Diagnose(n) laut Verordnung:****Logopädische Diagnose(n)** (ICD-Code lt. Indikationenkatalog)**Symptomatik/ Intensität der Störung:**
 Erstverordnung                       Folgeverordnung (Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:                      )
**Therapieverlauf/Krankheitsverlauf seit Therapiebeginn** (ab der zweiten Einreichung):**Therapieziele:****Therapiemaßnahmen:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen und Behinderungen der Sprachentwicklung <input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen im cranio-facio-oralen Bereich <input type="checkbox"/> Therapie bei Störung des Hörvermögens <input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen der Sprache, des Sprechens und der Nahrungsaufnahme aufgrund neurologischer Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen der Atmung, der Stimme und des Stimmklangs	<input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen des Redeflusses <input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen im Erwerb des Lesens, Schreibens und Rechnens <input type="checkbox"/> Therapie bei Störungen der Kommunikation aufgrund kognitiver, (neuro-) psychologischer oder (neuro-)psychiatrischer Beeinträchtigungen <input type="checkbox"/> Apparative Messungen
---	--

**Vorgesehene Therapieform:** (bitte ankreuzen)
 Einzel 60 Min     Einzel 45 Min     Einzel 30 Min     Gruppe mit .....Teilnehmer/-innen
**Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche:****Begründung Hausbesuche:****Vorgesehene Therapieeinheiten:** (bitte ankreuzen)  10     20**Vorgesehene Therapiefrequenz:**                      Mal/Woche bzw.                      Mal/Monat**Beurteilung der Zielerreichung nach Ende dieser Behandlungsserie am:**

- Therapieziel vollständig nach                      Einheiten erreicht.  
 Therapieziel teilweise erreicht, Folgeverordnung erbeten.  
 Therapieabbruch wegen:

Hinweise/Begründung für die Zuweiserin/den Zuweiser:

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers
---

**Absender:** (Datum, Name und Stempel)