**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  Sonstiges  Datum und Unterschrift: |