

VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE GEMÄSS KLV ART.  
PRESCRIPTION DE LOGOPEDIE SELON OPAS ART. 10  
PRESCRIZIONE DI LOGOPEDIA CONFORME A OPRE ART. 10

--

**Personalien/Dossier personnel/Dati  
anamnestici**

Name/Nom/Cognome	Vorname/Prénom/Nome
Geburtsdatum/Date de naissance/Data di nascita	Sprache/Langue/Lingua
Strasse/Rue/Via	PLZ,Ort/NP,Lieu/NPA,Luogo
Telefon Privat/Téléphone privé/Telefono privato	Arbeitgeber/Employeur/Datore di lavoro
PLZ,Ort/NP,Lieu/NPA,Luogo	Telefon Geschäft/Téléphone professionnel/ Telefono di lavoro
Versicherer/Assureur/Assicuratore	Vers.-/Unfall-Nr. /N° d'assurance accident/ N° d'assicurazione/infortunio
_____	_____

**Diagnose/Diagnostic/Diagnosi**

**Medizinische Diagnose:**  
**Diagnostic médical:**  
**Diagnosi medica:**

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

**Auftrag/Proposition de traitement/  
Proposta di trattamento**

**Anzahl verordnete Konsultationen:**  
**Nombre de consultations prescrites**  
**Numero di consultazioni ordinate:**

--

**Logopädische Massnahmen/Hinweise**  
(durch Arzt/Ärztin auszufüllen, wenn er/sie es wünscht):  
**Mesures logopédiques/Indications**  
(à remplir par le/la médecin, si il/elle le désire):  
**Misure logopediche/Indicazioni**  
(da completare dal medico, se lo desidera):

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

- Krankheit/Maladie/malattia
- Unfall/Accident/Infortunio  
Invalidität/Invalidité/Invalidità

**Rückmeldung über Behandlungsverlauf:**  
**Compte rendu du traitement logopédique:**  
**Rendiconto sul trattamento logopedico:**

- schriftlich/par écrit/per scritto
- telefonisch/par téléphone/per telefono
- nicht nötig/pas nécessaire/non necessario

Arzt/Ärztin, ZSR-Nr./ Médecin; N°rcc./ Medico; N°rcc:

Datum/Date/Data:

Unterschrift/Signature/Firma:

Bemerkungen/Observations/Osservazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_