

Ärztliche Überweisung für logopädische Therapie

- ambulant
 Domizilbehandlung

Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Strasse	PLZ, Ort
Versicherer	Vers.-/Unfall-Nr

Diagnose

Medizinische Diagnose:

- Krankheit
 Unfall
 Invalidität

Auftrag

Anzahl verordnete Konsultationen:

Logopädische Massnahmen/Hinweise

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

Rückmeldung über Behandlungsverlauf:

- schriftlich
 telefonisch
 nicht nötig

Arzt/Ärztin, ZSR-Nr.

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin

Bemerkungen