

**Patientenetikette**

Name, Vorname

**Verordnung / Anmeldung für Logopädie**

Vorname:

Name:

Strasse:

PLZ., Ort:

Geb.datum:

Krankenkasse:

Tel.Nr. P:

Tel.Nr. G:

Ambulant: 

Stationär Abteilung:

**Kostenträger**

Grundversicherung:

Versicherten-Nr:

Zusatzversicherung:

Versicherten-Nr:

 HP  P

Unfallversicherung:

Policen-Nr:

 A  HP  P

*Um den Patienten bei Eintritt schneller bedienen zu können bzw. korrekt aufzubieten, bitten wir Sie, die Angaben vom Kostenträger auszufüllen. Zusätzlich sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er seine Versicherungskarte am Behandlungstag mitnehmen muss. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Zuweisung.*

**Medizinische Diagnose:**

Datum des Ereignisses:

Nebenbefunde, welche für die Sprachtherapie von Bedeutung sind:

 Schluckstörung Hörstörung Sehstörung Psychische Störung andere:

Zusätzliche Untersuchungen sind durchgeführt worden:

 CT MRI EEG HNO andere:

Bisher durchgeführte therapeutische Massnahmen:

 Physiotherapie Ergotherapie Schlucktherapie Logopädie andere:

Der Patient ist zusätzlich angemeldet für:

 Physiotherapie Ergotherapie Schlucktherapie andere:**Gewünschte Massnahmen:****Bemerkungen:**

Datum:

Stempel und Unterschrift: