

VERORDNUNG ZUR LOGOPÄDISCHEN THERAPIE GEMÄSS KLV ART. 10  
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:*

---

---

---

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

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

Datum/Date/Data:

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

**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):

---

---

---

**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

Unterschrift/Signature/Firma: