Logopädischer Bericht

Neuer Antrag  Wiederaufnahme

Zuhanden der Abklärungsstelle des SoA: (Frist 28. Februar)

**Angaben des Kindes oder der/des Jugendlichen und der Eltern:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **alle Vornamen** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Adresse** |  |
| **Gesetzliche Vertretung** |  |

# Aktuelle Situation des Kindes oder der/des Jugendlichen

## Beschreibung der aktuellen bio-psycho-sozialen Situation des Kindes oder der/des Jugendlichen und aktuelle Fragestellung

## Entwicklungsgeschichte des Kindes: Wesentliche Faktoren im persönlichen, familiären und schulischen Umfeld

## Bisherige Massnahmen und ihre Auswirkungen

## Zusammenfassung der aktuellen Fragestellung

# Logopädische Abklärung vom

## Abklärungssetting: Auswahl der gewählten Test- und Beobachtungsinstrumente

## Für die Diagnose und die Prognose relevante Abklärungsergebnisse und Interpretation

# Bilanz der Abklärung

## Logopädische bio-psycho-soziale Diagnose:

Die Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten und die damit verbundenen Schwierigkeiten in Form von       (Diagnose) haben folgende Auswirkungen auf die bio-psycho-soziale Entwicklung des Kindes oder des/der Jugendlichen (Aktivität und Partizipation).

## Schwerpunkte im Therapieprojekt und Prognose

# Zusammenarbeit im Netzwerk

# Formalisierung des Antrags auf logopädische Massnahmen

Art der Intervention\* :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Datum Beginn | Datum Ende | Form der Betreuung \*\* |
|  | Einzeltherapie |  |  |  |
|  | Gruppentherapie |  |  |  |
|  | Beratung/Coaching |  |  |  |
|  | Prävention |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Mehrere Interventionsarten sind gleichzeitig möglich

\*\*Die Intensität und die Lektionsdauer müssen klar definiert werden. (Bsp: 1 Lektion/Woche à 60 Min, 1 Lektion 14-täglich à 30 Min., 8 Beratungen à 60 Min. im Jahr, …)

# Leistungserbringer/in

Für die Therapie verantwortliche Logopädin/verantwortlicher Logopäde:

Ort, Datum und Unterschrift:

Abklärende Logopädin / abklärender Logopäde (wenn nicht identisch mit der/dem für das Therapieprojekt Verantwortlichen):

Ort, Datum und Unterschrift:

**Anhang**

—

Formular S-001-DE "Personalien des Kindes oder des / der Jugendlichen“, zwingend

**Kopien**

—

Eltern

Wenn der Bericht mit Einverständnis der Eltern an anderen beteiligten Stellen geht, hier bitte erwähnen