Pädagogisch-therapeutische Massnahme der Logopädie

—

Logopädischer Bericht vom

Neuer Antrag  Wiederaufnahme

Zuhanden der Abklärungsstelle des SoA (Frist 28. Februar)

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Name** |  |
| **Vorname(n)** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Adresse** |  |
| **Telefon und E-Mail** |  |
| **Gesetzliche Vertretung** |  |

# Aktuelle Situation

## Bio-psycho-soziale Faktoren und aktuelle Fragestellung

## Entwicklungsgeschichte des Kindes im persönlichen, familiären und schulischen Bereich

## Bisherige Massnahmen und ihre Auswirkungen

## Zusammenfassung der aktuellen Fragestellung

# Logopädische Abklärung vom

## Abklärungssetting: Test- und Beobachtungsinstrumente

## Klinische Beobachtungen, Test- und Abklärungsergebnisse sowie Interpretation

# Fazit

## Logopädische Diagnose und bio-psycho-soziale Interpretation:

Die Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten und die damit verbundenen Schwierigkeiten in Form einer       (Diagnose) haben folgende bio-psycho-soziale Auswirkungen (Aktivität und Partizipation):

## Schwerpunkte des Therapieprojekts

# Zusammenarbeit im Netzwerk

# Beantragte logopädische Massnahmen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Datum Beginn | Datum Ende | Gesamt-einheiten |
|  | Einzeltherapie |  |  |  |
|  | Gruppentherapie |  |  |  |
|  | Beratung/Coaching |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Mehrere Interventionsarten sind gleichzeitig möglich

# Leistungsanbietende/r

Abklärende Logopädin / abklärender Logopäde:

Unterschrift:

Für die Therapie verantwortliche Logopädin/verantwortlicher Logopäde (wenn nicht identisch mit der abklärenden Logopädin/dem abklärenden Logopäden):

**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