|  |
| --- |
| Pädagogisch-therapeutische Massnahme der Logopädie—Meldung Wechsel der oder des Leistungsanbietenden |

[ ]  **Überweisung von einer logopädischen Praxis an eine andere logopädische Praxis**

[ ]  **Überweisung von einem Schuldienst an eine logopädische Praxis**

[ ]  **Überweisung von einer logopädischen Praxis an einen Schuldienst**

**Von der oder dem bisherigen Leistungsanbietenden auszufüllen und mit einem aktuellen Bericht (nicht älter als 6 Monate) und falls notwendig mit weiteren Unterlagen an die oder den neue/n Leistungsanbietende/n zu senden.**

Name und Vorname-n des Kindes oder der/des Jugendlichen:

Geburtsdatum des Kindes oder der/des Jugendlichen:

Namen und Vornamen der gesetzlichen Vertretung:

Adresse des Kindes oder der/des Jugendlichen:

Diagnose:

Begleitet seit:       Ablaufdatum:

Grund des Wechsels der/des Leistungsanbietenden:

Bei Umzug neue Adresse des Kindes oder der/des Jugendlichen:

Bemerkung:

Logopädin/Logopäden für die Überweisung kontaktiert am:

Name der Logopädin/des Logopäden:       Beim RSD: [ ]  ja [ ]  nein

Bisherige/r Leistungsanbietende/r:

Datum und Unterschrift der bisherigen Stelle:

 *Nur bei Überweisung an eine/n freischaffende/n Logopädin oder Logopäden auszufüllen*

**Die oder der neue Leistungsanbietende formalisiert den Antrag in der untenstehenden Tabelle und sendet das Formular an das SoA.**

Neue/r Leistungsanbietende/r:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Datum Beginn | Gesamteinheiten |
|[ ]  Einzeltherapie |       |       |
|[ ]  Gruppentherapie |       |       |
|[ ]  Beratung/Coaching |       |       |
|[ ]        |       |       |

Mehrere Interventionsarten sind gleichzeitig möglich

Das Enddatum entspricht dem laufenden Entscheid. Der Überweisungsbericht gilt gleichzeitig als Verlängerungsantrag, wenn der laufende Entscheid innerhalb von 6 Monaten abläuft.

Datum des Überweisungsberichts bzw. des Verlängerungsantrags:

Unterschrift der/des neuen Leistungsanbietenden:

Ort und Datum: