Antrag auf pädagogisch-therapeutische Massnahmen bei Sprach- , Sprech- und Kommunikationsstörungen

[ ]  Neuer Antrag [ ]  Wiederaufnahme

[ ]  Verlängerung: Ablauf der letzten Verfügung

[ ]  Begleitbericht zu

[ ]  Anfrage für einen evtl. Schulwechsel in die Sprachheilschule: Logopädischer Bericht zuhanden der Abklärungsstelle des Amtes für Sonderpädagogik/SAV-Prozedere: (zusenden bis 28.02.)

|  |
| --- |
| **Angaben des Kindes und der Eltern:** Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse (Strasse, PLZ, Ort), evtl. rechtliche Vertretung                     |

# Ausgangslage

## Aktuelle bio-psycho-soziale Situation und Fragestellung

## Bisherige Massnahmen (schulisch, therapeutisch, medizinisch…) und ihre Auswirkungen

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

## Zusammenfassende logopädische Fragestellung

# Logopädische Abklärung

## Auswahl und Begründung 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 der Therapie (Therapieprojekt) und Prognose

# Abmachungen im Netzwerk Elternhaus-Schule-Fachleute

# Antrag für pädagogisch-therapeutische Massnahmen der Logopädie

## Bemerkungen

## Vorschlag: Art, Dauer und Intensität der logopädischen Behandlung.

Interventionen :

[ ]  ambulante individuelle logopädische Therapie von       bis      , Intensität:

[ ]  ambulante logopädische Gruppentherapie von       bis      , Intensität:

[ ]  Beratung/Coaching von       bis      , Intensität:

[ ]  Anderes

\*Mehrere Therapiearten sind gleichzeitig möglich, ebenfalls Therapiepausen

\*\*Die Intensität muss deutlich definiert werden

Gewünschte zugelassene Therapiestelle oder Therapeut/in:

|  |  |
| --- | --- |
| Abklärungsstelle (Bezeichnung, Name, Vorname und Adresse) |       |
| Ort und Datum, Stempel und Unterschrift der Logopädin |      ,       |

**Anhang**

—

Medizinischer Bericht

Formular S-001-DE "Personalien des Kindes oder des / der Jugendlichen" (nur wenn das Kind beim SoA noch unbekannt ist)

Kopie des Familienbüchleins oder ID-Papiere sowie die Aufenthaltsbewilligung (für Personen aus dem Ausland)

**Kopien**

—

Eltern

Kinderarzt

Andere beteiligte Stellen