Schlussbericht verstärkter Massnahmen bei Sprach-, Sprech- und Kommunikationsstörungen

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

# Kurze Beschreibung des logopädischen Entwicklungsverlaufs: Daten (Therapiedauer, Intensität), Diagnose und Schwerpunkte der logopädischen Interventionen

# Kurze Beschreibung der aktuellen Sprach-, Sprech- und Kommunikationsfähigkeit (Kompetenzen), der Restsymptome sowie eventuelle zurückbleibende Bedürfnisse

# Begründung des Therapieabschlusses:

## 3.1. Begründung

## 3.2. Welche Informationen wurden dem Schüler / Jugendlichen, den Eltern und den verschiedenen Bezugspersonen weitergegeben?

## 3.3. Datum der letzten Sitzung:

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

**Kopien**

**—**

Eltern

Kinderarzt

Andere Dienste