

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA LOGOPEDIA (secondo l'art. 10 OPAS)

Paziente

Cognome _____
Nome _____
Strasse _____
NPA / Luogo _____
Data di nascita _____ Sesso _____
N. AVS _____
Mail _____
Telefono/Fax _____

Datore di lavoro

Nome _____
Strasse _____
NPA / Luogo _____

Assicuratore

Nome _____
Strasse _____
NPA / Luogo _____
GLN _____
Legge _____
N. assicurato _____
N. inf. / Data inf. _____
Motivo trattamento _____
Numero di consultazioni _____
(di norma 12 consultazioni; clinica 9)
Terapia a domicilio no sì

Osservazioni

Informazioni sull'esito del trattamento non necessario desiderato

Medico

Logoterapista

Mail _____
GLN _____ RCC _____

Diagnosi medica

Diagnosi secondo l'art. 10 OPAS

Disturbi del linguaggio, del parlato, della voce, del flusso e della deglutizione che hanno una delle seguenti cause:

Condizioni neurologiche da:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> infezione | <input type="checkbox"/> traumatologia |
| <input type="checkbox"/> intossicazione | <input type="checkbox"/> tumore |
| <input type="checkbox"/> disturbi vascolari | <input type="checkbox"/> chirurgico-postoperatorio |
| <input type="checkbox"/> hypoxia | <input type="checkbox"/> disturbi degenerativi |

Condizioni foniatiche

- Malformazione parziale o totale delle labbra, della lingua, del palato, della mascella o della laringe
- Alterazioni della muscolatura oro-facciale o della funzione laringea con causa infettiva, traumatica, chirurgica-postoperatoria, tumorale o funzionale

Invio
elettronico

GLN/RCC

Mail

Firma _____

superfluo per invio elettronico

Data