technische universität dortmund

Praxis-Dokumentation Teil 1

Name:_____ Geburtsdatum: _____ Matrikelnr.:_____

Einzelnachweise der Diagnose- und Therapiepraxis
für die Indikationsbereiche SP1 – SP3, SF

Entwicklungsbedingte Störungen und Rhinolalien

SP1: SSES und SES bei komplexen Behinderungen
SP2: Störungen der Hörverarbeitung
SP3: Phonetisch-phonologische Störungen
SF: Rhinolalien

Pat.-Initialen, Alter, laufende Nummern	Störungsbild	Ind.-Schl.	Anzahl Therapieeinheiten	Zeitraum

Abgleich mit Formular A erfolgt: _____ Praktikumskoordinatiorin TU

Summe:_____

Praxis-Dokumentation Formular B, in Ausführung der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V“, Fassung vom 06.12.2007, Kap. IV

technische universität dortmund

Praxis-Dokumentation Teil 2

Name:_____ Geburtsdatum: _____ Matrikelnr.:_____

Einzelnachweise der Diagnose- und Therapiepraxis
für die Indikationsbereich SP4

Entwicklungsbedingte Störungen und Rhinolalien
SP4: Sprachstörungen bei hochgradiger Schwerhörigkeit und CI-Versorgung

Pat.-Initialen, Alter, laufende Nummern	Störungsbild	Ind.-Schl.	Anzahl Therapieeinheiten	Zeitraum

Summe:_____

Abgleich mit Formular A erfolgt: _____
Praktikumskoordinatiorin TU

Praxis-Dokumentation Formular B, in Ausführung der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V“, Fassung vom 06.12.2007, Kap. IV

technische universität dortmund

Praxis-Dokumentation Teil 3

Name:_____ Geburtsdatum: _____ Matrikelnr.:_____

Einzelnachweise der Diagnose- und Therapiepraxis
für die Indikationsbereiche SP5, SP6

Aphasie, Dysarthrie, Sprechapraxie
SP5: Aphasie und Schriftsprachstörungen
SP6: Dysarthrophonien und Sprechapraxien

Pat.-Initialen, Alter, laufende Nummern	Störungsbild	Ind.-Schl.	Anzahl Therapieeinheiten	Zeitraum

Summe:_____

Abgleich mit Formular A erfolgt: _____
Praktikumskoordinatiorin TU

Praxis-Dokumentation Formular B, in Ausführung der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V“, Fassung vom 06.12.2007, Kap. IV

technische universität dortmund

Praxis-Dokumentation Teil 4

Name:_____ Geburtsdatum: _____ Matrikelnr.:_____

Einzelnachweise der Diagnose- und Therapiepraxis für die Indikationsbereiche RE1 und RE2

Stottern und Poltern
RE1: Stottern
RE2: Poltern

Pat.-Initialen, Alter, laufende Nummern	Störungsbild	Ind.-Schl.	Anzahl Therapieeinheiten	Zeitraum

Summe:_____

Abgleich mit Formular A erfolgt: _____ Praktikumskoordinatiorin TU

Praxis-Dokumentation Formular B, in Ausführung der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V“, Fassung vom 06.12.2007, Kap. IV

technische universität dortmund

Praxis-Dokumentation Teil 5

Name:_____ Geburtsdatum: _____ Matrikelnr.:_____

Einzelnachweise der Diagnose- und Therapiepraxis

für die Indikationsbereiche ST1 – ST4

Stimmstörungen

ST1: Organische Stimmstörungen inkl. Laryngektomie

ST2: Funktionelle Stimmstörungen

ST3, 4: Psychogene Stimmstörungen

Pat.-Initialen, Alter, laufende Nummern	Störungsbild	Ind.-Schl.	Anzahl Therapieeinheiten	Zeitraum

Summe:_____

Abgleich mit Formular A erfolgt: _____ Praktikumskoordinatiorin TU

Praxis-Dokumentation Formular B, in Ausführung der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V“, Fassung vom 06.12.2007, Kap. IV

technische universität dortmund

Praxis-Dokumentation Teil 6

Name:_____ Geburtsdatum: _____ Matrikelnr.:_____

Einzelnachweise der Diagnose- und Therapiepraxis

für die Indikationsbereiche SC1, SC2

Kau- und Schluckstörungen
SC1: Dysphagien
SC2: Orofaziale Störungen

Pat.-Initialen, Alter, laufende Nummern	Störungsbild	Ind.-Schl.	Anzahl Therapieeinheiten	Zeitraum

Abgleich mit Formular A erfolgt: _____ Praktikumskoordinatiorin TU

Summe:_____

Praxis-Dokumentation Formular B, in Ausführung der „Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 SGB V“, Fassung vom 06.12.2007, Kap. IV