



## VERORDNUNG von KinderfachärztInnen

Therapie bei Kindern mit Entwicklungsstörungen im Vorschulalter bis max. 2. Schulstufe

Name/Vorname männlich/weiblich Vers.-Nummer/Tag/Monat/Jahr

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße) Telefonnummer

Versicherte(r) Vers.-Nummer/Tag/Monat/Jahr

KinderärztIn

SGKK  Sonstige Krankenkasse .....

Verordnete Therapie

► **Ergotherapie**

Anzahl der Therapien ..... (max. 10)

umschriebene Entwicklungsstörungen nach ICD 10

- Störungen der Koordination ICD – F 82
- Entwicklungsdyspraxie ICD – F 82
- Störungen der Fein- und Graphomotorik ICD – F 82.1

► **Logopädie**

Erstuntersuchung/Stuserhebung

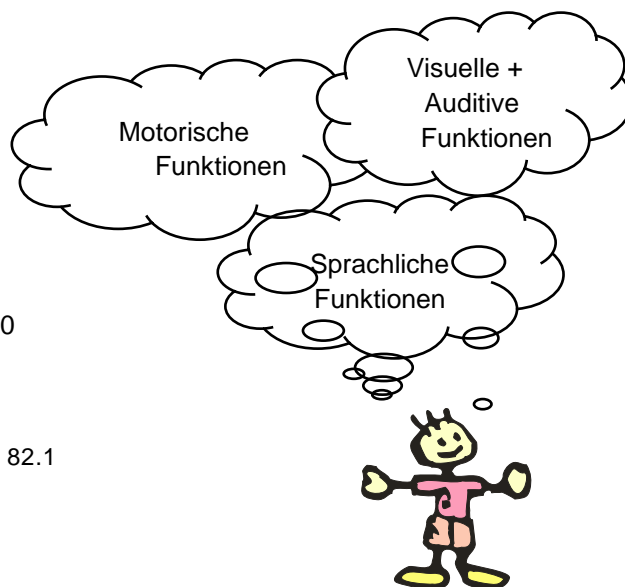
Kontrolltermin (60 Min.)

Anzahl der Therapien ..... (max. 6 inkl. Erstuntersuchung/Stuserhebung)

Weiterführende Therapie ..... (max. 10 Termine)

umschriebene Entwicklungsstörungen nach ICD 10

- Störungen der Artikulation ICD – F 80.0
- Störungen des Sprachverständnisses ICD – F 80.2
- Expressive Sprachstörung ICD F 80.1
- Störungen der Myofunktion ICD – F 82.2
- Sonst. Störungen (Dysgrammatismus, Sprachentwicklung) ICD – F 80.8



Weitere Bemerkungen:

Datum

Stempel Kinderarzt/ärztin/Unterschrift