



VERORDNUNG von Kinderfachärzt*innen

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

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

.....
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße) Telefonnummer

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

.....
Kinderärzt*in

ÖGK
BVAEB Bed. BVAEB Bahn
SVS Gew. SVS Bauern

Verordnete Therapie

► **Ergotherapie**

Zuweisung Therapie (10 Termine)

Anmerkungen

umschriebene Entwicklungsstörungen nach ICD 10

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

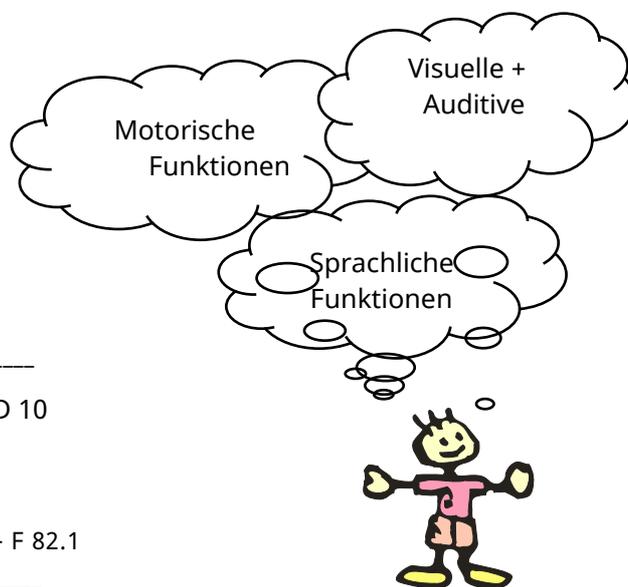
► **Logopädie**

Zuweisung Therapie (10 Termine inkl. Erstuntersuchung)

Weiterführende Therapie (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



.....
Datum

.....
Stempel Kinderarzt/ärztin/Unterschrift