***Kontrollkarte Logopädie***

*Schuljahr: /*

Therapeutin / Therapeut Andere Therapien / Spezielle Förderung

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Daten des Kindes:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Diagnose (ICD-Code): |
| Vorname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Eltern |  |
| Adresse | Schule |
|  |  |
| PLZ/Wohnort | Ärzte |
| Telefon | Anmeldung durch: |
| E-Mailadresse | Sprachprüfung: |
| [ ]  Massnahmen gem. § 26 VSG: Angebot Spezielle Förderung | [ ]  Massnahmen gemäss § 34 VSG: Sonderschulangebot |

Therapieverlauf:

|  |  |
| --- | --- |
| Behandlungsbeginn: | Anzahl Lektionen: |
| Therapiepausen: |  |
| Behandlungsabschluss: |  |
| Therapiestand: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Weitere, empfohlene Massnahmen: |  |
|  |  |
|  |  |