**Gesundheitsamt** **Ort,**

***Stationäre Sprachheilbehandlung, Vordruck 1****:*

*- Förder- und Behandlungsplan zur Einleitung der Behandlung -*

Name: Vorname: geb.:

Anschrift: Tel.:

Erziehungsberechtigte(r):

Krankenkasse: Mitglied:

Kindergarten/Schule/Klasse: Arzt / Ärztin:

# **Sprechtag zur Hör- und Sprachheil- Beratung**

  . Vorstellung Vorbericht(e) v.

**Vorgeschichte:**

**Befund:**

**Zusammenfassende Beurteilung:**

**Empfehlung:**

Anlage(n):  Bericht der/des behandelnden Logopädin/Logopäden  
 Unterlagen der teilstationären Sprachheilbehandlung

|  |  |
| --- | --- |
| (Name) Fachberatung Hören, Sprache und Sehen  Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie |  |

**Amtsärztliche Stellungnahme**

Die Durchführung der empfohlenen Maßnahme wird amtsärztlicherseits / ärztlicherseits für erforderlich erachtet.

Der Amtsarzt / die Amtsärztin

Ort, Datum Name

Unterschrift / Dienststellung des Arztes / der Ärztin