**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 SehenNiedersächsisches 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