**ANLAGE 3**

**BEHANDLUNGSPLAN**

**für logopädische Behandlung (SVS)**

**Patient:**

**VSNR****:**

**Versicherter****:**

**VSNR****:**

**Diagnose(n) laut Verordnung:**

**Logopädische Diagnose:**

**Therapieziele:**

**Therapiemaßnahmen:**

**Vorgesehene Therapieform:**

[ ]  Einzel 30 Min. [ ]  Einzel 45 Min. [ ]  Einzel 60 Min. [ ]  Gruppe 3 – 5 Pers. (60 Min.)

**Hausbesuch:** [ ]  bei allen Terminen [ ]  bei einzelnen Terminen: Anzahl der HB:

gefahrene Kilometer je Hausbesuch (Hin- und Rückfahrt):

Begründung Hausbesuch:

Name und Adresse der(s) Logopädin(en):

Datum:       Unterschrift: