



Name, Vorname und Adresse der Klientin⁽¹⁾

geb. am

Anschrift oder Stempel der Arztpraxis

Verordnung einer logopädischen Therapie

im Rahmen einer ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass ich die Durchführung einer logopädischen Therapie aus ärztlicher Sicht befürworte und ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken gegen die Durchführung einer logopädischen Therapie bestehen.

- Art der Therapie:
- Sprach-/Sprechtherapie
 - Stimmtherapie
 - Schlucktherapie

ggf. Diagnose/Leitsymptomatik:

ggf. weitere in der Therapie zu berücksichtigende ärztliche Diagnosen:

Logopädischer Therapiebericht nach 10 Einheiten erwünscht: ja nein

Datum, Unterschrift

⁽¹⁾ Seit dem 01.04.24 dürfen an bayerischen Schulen keine Gender-Sternchen mehr verwendet werden (§22 Abs. 5 der Allgemeinen Geschäftsordnung für die Behörden des Freistaates Bayern). Wir verwenden deshalb die sprachlich geschlechtsneutrale oder weibliche Form. Wir betonen, dass diese alle Geschlechter gleichermaßen einschließt (weiblich, männlich, nicht-binär).