



Logopädischer Dienst
Gerbegässlein 1
4450 Sissach
Tel. 061/ 971 42 16

Anmeldung für eine logopädische Abklärung

Personalien des Kindes

Familienname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
PLZ, Wohnort: _____

Kindergarten: _____ Stufe: _____ Kindergärtnerin: _____
Schule: _____ Stufe: _____ Lehrperson: _____
Schulort: _____
Muttersprache: _____
Kinderarzt, Kinderärztin: _____
Zahnarzt: _____
Zusätzliche Therapien: _____

Personalien der Eltern

Name und Vorname des Vaters: _____
Name und Vorname der Mutter: _____
Telefon: _____
Natel: _____

Grund der Zuweisung:

Der Laut _____ wird ausgelassen,
 falsch ausgesprochen,
 durch einen anderen ersetzt.

Eingeschränkter Wortschatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Undeutliche Aussprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falsche Satzstellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stottern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhter Speichelfluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaffe Mundmuskulatur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Heisere oder raue Stimme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu hohe Stimme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!