



Logopädischer Dienst
Kirchgasse 18
4450 Sissach
Tel. 061 971 42 16

Anmeldung für eine logopädische Abklärung

Familienname: _____
Vorname des Kindes: _____ m / w
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
PLZ, Wohnort: _____

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

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

Grund der Zuweisung:
Der Laut _____ wird ausgelassen
 falsch ausgesprochen
 durch einen anderen ersetzt
Eingeschränkter Wortschatz ja / nein
Undeutliche Aussprache ja / nein
Falsche Satzstellung ja / nein
Stottern ja / nein
Erhöhter Speichelfluss ja / nein
Schlafe Mundmuskulatur ja / nein
Heisere oder raue Stimme ja / nein
Zu hohe Stimme ja / nein
Sonstiges: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift der Eltern: _____

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt!