

Beiðni um viðbótar- eða langtímameðferð í talþjálfun

Viðbótar- eða langtímameðferð hjá talmeinafræðingi sem starfar samkvæmt samningi við Sjúkratryggingar Íslands

 **Sjúkratryggingar Íslands**
Vínlandsleið 16
113 Reykjavík
Sími 515-0000
www.sjukra.is

1. Nafn sjúklings		2. Kennitala
3. Nafn forráðamanns ef sjúklingur er yngri en 18 ára	4. Kt. forráðamanns	5. Sjúkdómsgreining
6. Tilvísandi læknir		

7. Óskað er eftir: <input type="checkbox"/> Viðbótarmeðferð (hámark 15 skipti á 12 mánaða tímabili. Alls fjöldi skipta: <input type="checkbox"/> Langtímameðferð*. Tímalengd meðferðar:
8. Eftirfarandi skilyrði þurfa að vera uppfyllt: <input type="checkbox"/> Tal- og málþroskaraskanir falla enn innan þeirra viðmiða sem sett eru fyrir greiðslupátttöku sjúkratrygginga Íslands. <input type="checkbox"/> Talþjálfun er nauðsynleg til að hindra frekari færniskerðingu t.d. í kjölfar aðgerða, veikinda, slysa eða afleiðinga langvinnra sjúkdóma.
9. Nánari lýsing á ástandi sjúklings:

10. Málþroska próf	11. Málþroskatala
12. Framburðarröskun	
13. Nafn talmeinafræðings, aðsetur, sími, netfang og kennitala	
14. Dagsetning	15. Undirskrift talmeinafræðings

*Greinagerð skal fylgja beiðni um langtímameðferð.