

Sonderpädagogik Frühbereich

Standortbestimmung Logopädie

Das Formular muss mindestens 2 Monate vor Ablauf der Empfehlung eingereicht werden.

Name, Vorname Kind

Geburtsdatum

Adresse

Telefon / Mobile

Therapiestelle / Logopädin

Adresse

Datum der Standortbestimmung

Sprachen (Familie / Umfeld)

Aktuelle Betreuungssituation

Aktuelle Therapien / Förderungen

1. Eckdaten

Therapiebeginn

Bisher geleistete Therapiestunden

(der laufenden Empfehlung)

Bewilligte Therapiestunden

Ablaufdatum Empfehlung

Datum Kindergarteneintritt

Besteht im Kindergarten Bedarf für sonderschulische
oder ambulante logopädische Massnahmen

Ja

Nein

Schulisches Standortgespräch im Frühbereich durchgeführt

Ja

Nein

Aktuelle logopädische Diagnose (vgl. AWMF Leitlinien¹)

SSES rezeptiv expressiv spezifische Spracherwerbsstörung

SES rezeptiv expressiv Spracherwerbsstörung im Rahmen weiterer Entwicklungsstörungen

Redeflussstörung

Ess- Trink- Schluckstörung

Anderes

¹ <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-006.html>

2. Kurze Beschreibung des Therapieprozesses

(Regelmässigkeit / Sequenzierung / Einbindung des familiären und familienergänzenden Kontextes)

Veränderung seit Erstabklärung / letzter Standortbestimmung

3. Logopädische Standortbestimmung

(Systematische Beobachtungen / Testergebnisse / Instrumente)

3.1 Sprachverständnis

Beispiele

3.2 Sprachproduktion

Beispiele

3.2.1 Lexik/Semantik

Beispiele

3.2.2 Morphologie/Syntax

Beispiele

3.2.3 Phonetik/Phonologie

Beispiele

3.3 Kommunikation

3.4 Redefluss

3.5 Anderes

4. Weitere Entwicklungsbereiche (Beobachtungen, Abklärungen, Therapien)

Lernverhalten / Spiel

Sozial-emotionales Verhalten

Motorik

Hören / Sehen

5. Familie / Umfeld

(Therapien, Förderung)

6. Therapieziele

Neue Therapieziele

7. Bemerkungen

8. Antrag an die Fachstelle

Verlängerung der bestehenden Massnahme

Ja Nein

Verlängerungskontrolle an der Fachstelle erwünscht

Ja Nein

Fragestellung

Sind weitere Abklärungen oder Unterstützungsmassnahmen geplant?

Ja Nein

Welche?

Verantwortlich dafür

Datum / Unterschrift Logopädin

Datum / Unterschrift Eltern