



## Anmeldung Abklärung Logopädie

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
Erst-/Fam.-Sprache	<input type="text"/>	Vater	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Mutter	<input type="text"/>
Lehrperson <input type="checkbox"/> *	<input type="text"/>	Telefon SH / P	<input type="text"/>
Schulhaus	<input type="text"/>	Klasse	<input type="text"/>
IF-Lehrperson <input type="checkbox"/> *	<input type="text"/>	Telefon SH / P	<input type="text"/>

\* Ansprechperson

**Bitte ankreuzen  und ergänzen:**

▪ Bisherige Abklärungen:  SPD  PMT  kinderärztlich  kinderpsychiatrisch  HFD

▪ Letzte Gehörsabklärung am:

▪ Erhielt das Kind früher irgendwelche Therapien oder Unterstützung?  nein  ja

Wenn ja, welche:

▪ Ist das Kind zur Zeit in einer Therapie?  nein  ja

Wenn ja, welche und bei wem:

Braucht es einen Dolmetscher für das Abklärungsgespräch?  ja  nein

**Anmeldungsgrund:**

---

Beobachtungen:

**Kommunikation** (beispielsweise um Hilfe bitten, im Kreis mitmachen, mit anderen Kindern spielen und sprechen)

**Sprachverständnis** (Verstehen von Aufträgen, Geschichten)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sprachproduktion** (beispielsweise Satzbildung, Verständlichkeit, zusammenhängendes Erzählen, Sprechflüssigkeit, Stimme)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verhalten (sozial-emotional, Interaktion mit Gleichaltrigen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Weitere Beobachtungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Lehrperson

\_\_\_\_\_

---

**Fragen an die Eltern**

Welches sind besondere Interessen / Stärken Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Auswirkungen haben die oben beschriebenen Schwierigkeiten im Alltag?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern

\_\_\_\_\_

*Bitte ausgefülltes Formular an die schulhauszuständige Logopädin senden*

**Adressen:**

Logopädischer Dienst  
Villa Schröder  
Richard-Wagner-Weg 11  
6005 Luzern  
SH: Wg

Logopädischer Dienst  
Hallwilerweg 5  
6003 Luzern  
SH: Fb, Ge, Gz, Hm,  
Mr, Ms, Sä, Sk, St, Ut

Logopädischer Dienst  
Schulhaus Maihof  
Maihofstrasse 15  
6004 Luzern

Logopädischer Dienst  
Mattweg 7  
6014 Luzern  
SH: Do, Rm

Logopädischer Dienst  
Schulhaus Staffeln  
Obermättlistrasse 42  
6015 Luzern

Logopädischer Dienst  
Schulhaus Fluhmühle  
Stollberggrain 9A  
6003 Luzern

Logopädischer Dienst  
Schulhaus Würzenbach  
Kreuzbuchstrasse 60  
6006 Luzern