UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

Logopädie

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Lenggstrasse 30
CH-8008 Zürich
www.kispi.uzh.ch

Kontakt:
Sekretariat Logopädie/Sonderpädagogik
Telefon: +41 (0)44 249 74 90
sekretariat.logopaedie@kispi.uzh.ch

ANMELDUNG FÜR LOGOPÄDISCHE ABKLÄRUNG: SCHULKINDER / PRIVATZAHLER

Angaben zum KIND:		
Nachname/Vorname:		
Geburtsdatum:		☐ männlich ☐ weiblich
Muttersprache:		
Angaben zu den ELTERN:		
Mutter Nachname/Vorname:		
Vater Nachname/Vorname:		
Adresse:		
Tel.nr. Privat:	Mobile:	
Tel.nr. Geschäft:	E-Mail:	
ANMELDUNG für:		
☐ Abklärung einfache Fragestellung	(CHF 648.-)	
☐ Abklärung mündliche Sprache	(CHF 1296.-)	
☐ Abklärung mündliche u. schriftliche Sprache	(CHF 1620.-)	
☐ zusätzliches Rundtischgespräch, nach Aufwand	(CHF 216.-/Std.)	
Grund der Anmeldung/Fragestellung:		
Angaben über schulische Situation des Kindes (Klasse, Klassenwechsel, Schulleistungen etc.):		
Bisherige Abklärungen/Untersuchungen/Operationen/Förderungen/Therapien etc.:		
Beiliegende Berichte:	☐ Schulpsychologie	☐ Logopädie ☐ andere
Bemerkungen:		
Bestätigung:		
Hiermit bestätigen wir/ich, dass wir/ich die Kosten für die logopädische Abklärung des oben genannten Kindes übernehmen werden/werde. **Ort, Datum:** _____ **Unterschrift:** _____		

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Lenggstrasse 30
CH-8008 Zürich
www.kispi.uzh.ch

Kontakt:
Sekretariat Logopädie/Sonderpädagogik
Telefon: +41 (0)44 249 74 90
sekretariat.logopaedie@kispi.uzh.ch

Kostengutsprache bei Kostenübernahme durch die Schulgemeinde

Name/Vorname des Kindes:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	

Wir bestätigen hiermit die Übernahme der Kosten gemäss der angegebenen Tarifstufe (s. erste Seite des Formulars) für eine logopädische Abklärung am Kinderspital Zürich.

Rechnungsadresse:	

Ort: _____ **Datum:** _____

Stempel und Unterschrift: _____