



## ЛОГОПЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ

№ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

.....  
(име, презиме и фамилия на пациента)

възраст ..... г., ЕГН \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

.....  
(име, презиме и фамилия на родителя/настойник)

Адрес: .....

.....  
тел. ...., Email: .....

Логопед .....

### ДИАГНОЗА

Цепнатина на УСТНАТА	Цепнатина на АЛВЕОЛАРНИЯ ГРЕБЕН	Цепнатина на НЕБЦЕТО
<input type="checkbox"/> едностранна (дясно, ляво); <input type="checkbox"/> двустранна; <input type="checkbox"/> пълна; <input type="checkbox"/> непълна.	<input type="checkbox"/> едностранна (дясно, ляво); <input type="checkbox"/> двустранна;	<input type="checkbox"/> пълна; <input type="checkbox"/> непълна.

Придружаващи аномалии .....

временно съзъбие;  смесено съзъбие;  постоянно съзъбие

Орална хигиена:  добра;  задоволителна;  лоша.

Зъбен статус .....



Социално битови или други фактори

.....  
.....

Оценка на говора

.....  
.....

### КАТЕГОРИЗАЦИЯ ПО СКАЛАТА НА ЕВРОКЛЕФТ

1.Разбираемост на речта

0- Нормална;

1 - Различна от речта на другите деца, но разбираема;

2-Достатъчно различна, но по-голяма част от речевата продукция е разбираема;

3-Неразбираема за непривикнали;

4 - Невъзможност за разбиране.

2.Назалитет и носовата емисия:

-хиперназален резонанс,

-хипоназален резонанс

-слухово доловима носова емисия

-назален турбуленс

-гримаси

3.Промени в гласа

0 - гласът е нормален;

1 - дисфоничен (има промяна в интензитет, височина, тембър).

4. Продукцията на консонантите в изолирано произношение и при произношение в думи:

- при 0 - има нормално произношение;

- при 1 - неправилно произношение;

- при 2 - замяна на един звук с друг;

- при 3 - липсва дадения звук.

5.Промени в артикулацията



Аудио или и видеозапис

Заключение:

- 0 - Цепнатините не оказват влияние върху речта;
- 1 - Промяната се дължи на аномалии в предната част на устната кухина;
- 2 - Промяната се дължи на аномалии в задната част на устната кухина;
- 3 - Проблемът не е органична причина в устната кухина;
- 4 - Грешки, дължащи се на възрастови особености;
- 5 - Други.

Необходимост от логопедична терапия

- 1. не
- 2. да, но за кратък период от време
- 3. необходима за дълъг период от време
- 4. необходимо е и оперативно лечение
- 5. Има и допълнителни нужди от психологично, УНГ или друго лечение.
- 6. няма ангажираност от семейството и/или детето

12.Необходим брой терапии

.....  
.....

Цена на лечението

.....  
.....

Степен на покритие от АЛА

.....  
.....

Начало на терапията

.....  
.....

Етапно описание на резултатите

.....  
.....



Заключително описание на резултатите ...../..... 20 .... година

.....  
.....

Съгласие за логопедична терапия от страна на родител или пациент

Подпис

Съгласие от страна на логопеда

подпис

Имена и координати на логопеда :

Подпис и дата