**בקשה להמשך טיפול בשפה ודיבור**

**לכבוד קופ"ח :**

**הנידון:**

המטופל/ת:

ת.ז.

ת. לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שלום רב

המטופל החל טיפול בריפוי בדיבור במכוננו בתאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

סה"כ התקיימו \_\_\_\_\_\_\_\_\_ טיפולים בזכאות

עקב הגעתו של המטופל לגיל\_\_\_\_\_\_, התחדשה זכאותו לקבלת הטיפולים ע"י קופת החולים, על כן, מבוקשת סדרת טיפול נוספת בהמשך למסמך סיכום טיפול מפורט שנשלח בעבר

סיבת בקשת המשך הטיפול:

* קשיים בהבנת השפה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* קשיים בהבעת השפה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* קשיים בדיבור:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצורף סיכום טיפול

 בברכה,

 שם הקלינאי/ת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 מס' רישיון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חתימה וחותמת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 מכון \_\_\_\_\_\_\_\_