



Gesundheitsamt Eichstätt

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Grabmannstr. 2

85072 Eichstätt

## **Bestätigung der logopädischen Therapie**

(Nur für Kinder, die bereits in logopädischer Behandlung sind.)



\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Oben genanntes Kind befindet sich derzeit in logopädischer Behandlung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel der Praxis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Therapeutin/en

