

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 052026ΑΗCP08021

Προς: Λογοπαθολόγους, Ειδικούς Ιατρούς

ΘΕΜΑ: Τροποποίηση στο έντυπο υποβολής αιτημάτων για κατ'επέκταση παροχή υπηρεσιών σε Λογοπαθολόγο

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας επιθυμεί να ενημερώσει τους παρόχους αναφορικά με τροποποίηση στο έντυπο υποβολής αιτημάτων για κατ'επέκταση παροχή υπηρεσιών πέραν των προβλεπόμενων σε λογοπαθολόγο (δραστηριότητα SLP07) (**Συνημμένο 1**). Πρόκειται για προσθήκη στο εν λόγω έντυπο η οποία έχει σημειωθεί με κόκκινο χρώμα για εύκολη αναφορά.

Υπενθυμίζεται ότι το αίτημα πρόσθετων επισκέψεων κατ' επέκταση, είναι αίτημα το οποίο σχετίζεται με την περαιτέρω ανάγκη θεραπευτικών συνεδριών, οι οποίες θα βοηθήσουν στην ολοκλήρωση συγκεκριμένου υφιστάμενου λογοθεραπευτικού στόχου.

Οι πιο πάνω αλλαγές τίθενται σε ισχύ στις 08 Μαΐου 2026.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ημερομηνία: 05 Μαΐου 2026

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΚΑΤ'ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΕΡΑΝ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΩΝ

Υπηρεσίες Λογοθεραπείας

Παρακαλώ συμπληρώστε όλα τα μέρη του έντυπου (Α-Δ)

ΜΕΡΟΣ Α

Κωδικός ΓεΣΥ Δικαιούχου:

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Διάγνωση (ICD10) – Παρακαλώ συμπεριλάβετε τους κωδικούς όπως παρουσιάζονται στο ICD10 **και** τη διάγνωση που συνάδει με τον κωδικό:

Ιατρική Διάγνωση.....

Λογοπαθολογικό Σύμπτωμα.....

Ημερομηνία Έναρξης Παρέμβασης:.....

Συχνότητα Παρέμβασης Εβδομαδιαία:.....

Αριθμός επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν (για το έτος:.....

Προτεινόμενος αριθμός επιπλέον επισκέψεων (για το έτος):

ΜΕΡΟΣ Β

Ημερομηνία Ιατρικής Διάγνωσης και Σύντομη περιγραφή Ιατρικού Ιστορικού:

.....
.....
.....
.....

Σύντομη περιγραφή του Υφιστάμενου Βραχυπρόθεσμου Μετρήσιμου Λογοθεραπευτικού Στόχου (π.χ. Ανύψωση της γλώσσας για να παράξει το φώνημα // σε συλλαβές της μορφής ΣΦ, με 85% επιτυχία, σε 3 συνεχόμενες συνεδρίες), (π.χ κατονομασία καθημερινών αντικειμένων με 80% επιτυχία σε 2 συνεχόμενες συνεδρίες)

.....
.....

.....
.....
.....
Σύντομη περιγραφή της μετρήσιμης ικανότητας με τεκμηρίωση της επίδοσης στην επίτευξη του υφιστάμενου λογοθεραπευτικού στόχου.

- Ημερομηνία έναρξης της παρέμβασης του **υφιστάμενου** λογοθεραπευτικού στόχου:
.....
- Ποσοτική αρχική επίδοση κατά την έναρξη παρέμβασης του **υφιστάμενου** λογοθεραπευτικού στόχου:
.....
- Σύντομη αναφορά της προόδου του παιδιού στην επίτευξη του **υφιστάμενου** λογοθεραπευτικού στόχου:
(π.χ στις 03.03.23 σκόραρε 70% ενώ στις 10.03.23 σκόραρε 74%)

Σύντομη περιγραφή του επόμενου Βραχυπρόθεσμου Λογοθεραπευτικού Στόχου:

.....
.....
.....
Παρακαλώ συμπληρώστε πιο κάτω για τις περιπτώσεις που αφορά

Πλαίσιο σχολικής φοίτησης:

(Δημόσιο Σχολείο: Γενική Τάξη/ Ειδική Μονάδα/ Ειδικό Σχολείο, Ιδιωτικό Σχολείο)

Πρόγραμμα Λογοθεραπείας στο πλαίσιο φοίτησης:.....

.....
.....
Εάν λαμβάνει υποστηρικτικές υπηρεσίες από άλλο δημόσιο ή εθελοντικό φορέα παρακαλώ περιγράψετε:.....

.....
.....
Παρακαλείστε όπως υποβάλετε το πρωτόκολλο θεραπείας που ακολουθείται καθώς και οποιεσδήποτε άλλες συμπληρωματικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα διεθνής βιβλιογραφία/κατευθυντήριες οδηγίες κ.α.

ΜΕΡΟΣ Γ

Ονοματεπώνυμο Άλλου Επαγγελματία Υγείας:

Κωδικός ΓεΣΥ ΑΕΥ:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

ΜΕΡΟΣ Δ

Ονοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα: