

Stammblatt

Name des Kindes/Jugendlichen: _____

Name Eltern/Pflegeeltern: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

e-mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m w

Sorgerecht: beide Mutter Vater

Bei sonstiger Sorgerechtsregelung: _____

Kinderarzt / Kinder- und Jugendpsychiater: _____

Anschrift: _____

Adresse Krippe/Kindergarten/Schule:

Name: _____

Telefonnummer: _____

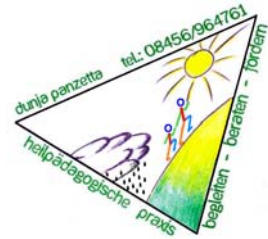
Erzieher/in/Lehrer/in: _____

Schweigepflichtentbindung: Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Von Einrichtung auszufüllen (bitte entsprechend ankreuzen):

- Förderdiagnostik für Integrationsplatz
- Förderdiagnostik für isolierte Maßnahme



Terminplanung Anamnesephase

Name Ihres Kindes: _____

Name der Einrichtung: _____

Erstgespräch/Auswertung **telefonisch:**

Montag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Dienstag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Mittwoch: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Donnerstag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Freitag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Erstgespräch/Auswertung **persönlich:**

Montag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Dienstag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Mittwoch: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Donnerstag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Freitag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Schule/Kindergarten/Krippenzeiten:

Montag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Dienstag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Mittwoch: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Donnerstag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Freitag: Uhrzeit: ab _____ Uhr / bis _____ Uhr

Gibt es Tage die in den nächsten 4 Wochen nicht gehen?

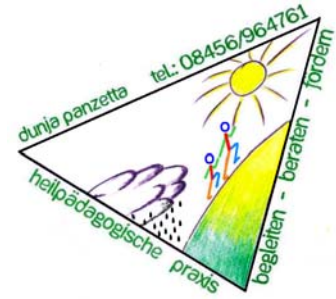
Name/n, Vorname/n der /des Erziehungsberechtigten:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefonnummer (privat/mobil):

e-Mail:



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die „Heilpädagogische Praxis Panzetta“ Informationen, Einschätzungen, Berichte und auch vertrauliche Gutachten über das Verhalten und den Entwicklungsstand meines Kindes

Name, Vorname des Kindes

geb. am

von folgenden Stellen:

- Kinderarzt/Kinder- und Jugendpsychiater
- Jugendamt
- Bezirk
- Schulpsychologische Beratung/Psychologen
- Beratungs- und Therapieeinrichtungen
- Krippe, Kindergarten, Vorschuleinrichtung, Schule
- Medizinischer Dienst
- sonstige Stellen, die notwendige Informationen geben können

Informationen und Berichte einholen kann. Die informationserteilenden Stellen sind hiermit gegenüber der „Heilpädagogischen Praxis Panzetta“ ebenso von der Schweigepflicht befreit

Ort, Datum

Erziehungsberechtigte (r)

Erziehungsberechtigte(r)