

# Stammblatt

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Name Eltern/Pflegeeltern: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: m  w  d

Sorgerecht:  beide  Mutter  Vater

Bei sonstiger Sorgerechtsregelung: \_\_\_\_\_

Kinderarzt / Kinder- und Jugendpsychiater: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Adresse Krippe/Kindergarten/Schule:

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

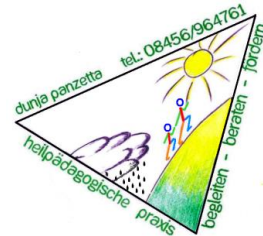
Erzieher/in/Lehrer/in: \_\_\_\_\_

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

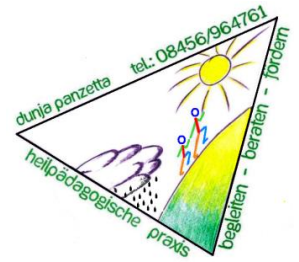
Dienstag: Uhrzeit: ab \_\_\_\_\_ Uhr / bis \_\_\_\_\_ Uhr

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?



## Telefonische Erreichbarkeit der heilpädagogischen Praxis Panzetta

Sollten Sie uns nicht persönlich erreichen, so ist unser Anrufbeantworter geschaltet und wird regelmäßig abgehört. Bitte hinterlassen Sie in jedem Fall **Ihren Namen, Ihre Telefonnummer, die Zeiten Ihrer Erreichbarkeit und Ihr Anliegen**. Wir werden Sie baldmöglichst zurückrufen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe

Mit freundlichen Grüßen

**Ihr Praxisteam der  
heilpädagogischen Praxis Panzetta  
Haydnstr. 5  
85092 Kösching  
Tel.: (0 84 56) 96 47 61**

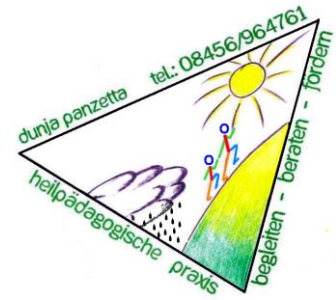
Name/n, Vorname/n der /des Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
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, Hort
- 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)

Bezirk Oberbayern  
Bezirksverwaltung  
Prinzregentenstraße 14

80538 München

## Antrag auf Kostenübernahme für die Erstberatung im Rahmen der Isolierten Heilpädagogischen Maßnahmen

**I.) Persönliche Verhältnisse (Daten) der zu fördernden Person (Klienten)**

1.) Name\*:

2.) Vorname\*:

3.) Geschlecht\*:  männlich  weiblich  divers

4.) Geburtsdatum\*:

5.) Geburtsort\*:

6.) Straße und Hausnummer\*:

7.) Postleitzahl und Wohnort\*:

8.) Seit wann am jetzigen Wohnort?

9.) Staatsangehörigkeit\*:

Bei Nicht-EU- Ausländern bitte Aufenthaltstitel beifügen.

**II.) Familienverhältnisse**

	des Vaters	der Mutter
1.) Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.) Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.) Geburtsdatum und -ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.) Straße und Hausnummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	<b>des Vaters</b>	<b>der Mutter</b>
3.) Geburtsdatum und -ort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.) Straße und Hausnummer:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.) Postleitzahl und Wohnort:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.) Telefon / Handy-Nr.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.) E-Mail:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.) Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.) Familienstand:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.) Sorgberechtigt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### III.) Pflegekind

1.) Pflegekind:                       Ja                       Nein

2.) Name der Pflegeeltern:

Pflegevater:

Pfleagemutter:

3.) Anschrift der Pflegeeltern:

4.) Telefon / E-Mail der Pflegeeltern:

### IV.) Heilpädagogischen Maßnahmen

1.) Welche heilpädagogische Praxis führte das Gespräch? (Praxisstempel erforderlich!)

2.) Wann fand das Gespräch statt?

3.) Eine heilpädagogische Förderung / Therapie (Maßnahme)  wird nicht durchgeführt  
 wurde vereinbart

### V.) Erklärung

Ich/Wir versichere(n), dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir/uns bekannt, dass ich mich/wir uns durch wahrheitswidrige Angaben strafbar mache(n).

\_\_\_\_\_

Ort, Datum                                      Unterschrift(en) der Eltern bzw. der Sorgberechtigten

\* Pflichtfelder müssen ausgefüllt werden! Antrag auf Kostenübernahme für die Erstberatung im Rahmen der Isolierten Heilpädagogischen Maßnahmen von 2