|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pat.-Nr.** | | **Komplexleistung** | | **Rezept** ja  nein | |
|  | | Wird nachgereicht (Post/persönl.) eingegangen am: | | | |
|  | | **Heilpädagogik** | | **Ärztl. Stell**. **ja  nein** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **Anmeldedatum:** | | **Aufnahme durch:** | | **Außenstelle:** | |
| **Anruferin:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Kind / Pflegekind** (bei Pflegekind Vormund mit Adresse eintragen und leibliche Mutter unter Anmerkung mit Name und Adresse bei Abgabe des Kindes vermerken) | | | | | |
|  | |  | |  | |
| **Familienname:** | | **Vorname:** | | **geb.am:** | |
|  | |  | |  | |
| **Geschlecht: m  w** | | **Muttersprache:** | | **Staatsangeh.:** | |
|  | |  | |  | |
| **Mutter** | |  | |  | |
| **Name:** | | **Vorname:** | | **geb. am:** | |
|  | |  | |  | |
| **Beruf:** | | **Muttersprache:** | | **Staatsangeh.:** | |
|  |  | |  | |
| **Vater** | |  | |  | |
| **Name:** | | **Vorname:** | | **geb. am:** | |
|  | |  | |  | |
| **Beruf:** | | **Muttersprache:** | | **Staatsangeh.:** | |
|  | |  | |  | |
| **Adresse:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | |  | |  | |
| **Telefon-Nr.: / Mobil-Nr.:**  **E-Mail Adresse:** | | | | | |
|  | |  | |  | |
| **Sorgeberechtigt: Eltern** | | **Mutter  Vater** | | **Sonstige:** | |
|  | | | | | |
| **Vormund:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Kinderarzt:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Krankenkasse:** | | | | **Versichert über:** | |
|  | | | | | |
| **Gründe für die Frühförderung:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bestehende / abgeschlossene Therapien?** | | | | **Ja  nein** | |
| **Falls ja, seit wann und bei wem:** | | | | | |
| **SPZ Diagnostik / Klinische Dia** | | | | | |
| **Kindergarten Name:** | | | | **seit:** | |
| **Anmerkungen:** | | | | | |