

Anmeldebogen

Praxis für Ergotherapie & Logopädie

Name des Kindes: **Vorname:**

Geb.datum: Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

Sorgeberechtigt:

- beide Eltern
- Mutter alleine
- Vater alleine
- Andere

Das Kind lebt bei:

- den Eltern
- einem Elternteil mit Stiefelternteil oder Partner/ in
- einem alleinerziehenden Elternteil
- Großeltern/ Verwandten
- einer Pflegefamilie

Name der leiblichen **Mutter:** geb.:

Staatsangehörigkeit: Beruf: Voll- / Teilzeit

Anschrift:

Telefon:

Name des leiblichen **Vaters:** geb.:

Staatsangehörigkeit: Beruf: Voll- / Teilzeit

Anschrift:

Telefon:

Stief-, **Adoptions-**, **Pflegeeltern** **Partner/in** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: geb.:

Staatsangehörigkeit: Beruf: Voll- / Teilzeit

Anschrift:

Telefon:

Stief-, **Adoptions-**, **Pflegeeltern** **Partner/in** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: geb.:

Staatsangehörigkeit: Beruf: Voll- / Teilzeit

Anschrift:

Telefon:

Geschwister/ Stiefgeschwister:

Name	Geburtstag	Schule/ Beruf	wohnt bei
.....
.....
.....

Krankenkasse: Ort: gesetzl. / privat

Krankenkassen-Nr.: Versicherten-Nr.:

Kinder- / Hausarzt: Tel.:

Diagnose(n):

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung Ihres Kindes (Geburt, frühe Kindheit)?

Wenn ja, welche?

Welchen Kindergarten bzw. welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind im Moment?

Was führt Sie zu uns?

Wie belastend erleben Sie Ihre Situation?

nicht belastend etwas belastend belastend sehr belastend

Was sind die Folgen für Sie?

Gibt es Beobachtungen, die Ihnen in diesem Zusammenhang noch wichtig sind?

Was wünschen/ erwarten Sie sich von uns?

Haben Sie wegen Ihres aktuellen Anliegens bereits die Hilfe einer Einrichtung (z. B. eine andere Beratungsstelle) oder einer Person (z. B. Arzt) in Anspruch genommen?

Nein Ja welche?

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

Sie erreichen mich / uns:

unter Telefonnummer: am besten zu folgender Zeit:

per E-Mail:

Wir weisen darauf hin, dass Ihr Anmeldebogen und Ihre gesamten Unterlagen aus

Datenschutzgründen 10 Jahre nach Behandlungsende vernichtet werden.

Alle Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter www.franzvonassisi.de/datenschutzhinweise

Datum

Unterschriften der Erziehungsberechtigten

Zurück an:

Canisius-Beratungsstellen

Heugenstraße 1
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel: 07171 - 18 08 - 20
Fax: 07171 – 18 08 98 20
canisius-beratungsstellen@franzvonassisi.de