

## Kontaktformular für ein Erstgespräch zur Interdisziplinären Frühförderung

1 | 2

Nachname des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Nationalität:

Aufenthaltsstatus:

Sprache:

Dolmetscher benötigt?:  ja  nein

Straße / Nr.

Krankenkasse:  Gesetzlich  Privat

PLZ / Ort:

Name der Krankenkasse:

Telefon:

Familienversichert über:  Mutter  Vater  Andere

E-Mail:

Kinderärzt\*in:

Kindertagesstätte:  Regelkita  Inklusions-Kita  Kindertagespflege  aktuell keine Kita

Name der Kita:

Erhält das Kind bereits therapeutische Förderung auf Verordnung der kinderärztlichen Praxis?

nein  ja, und zwar:  Physiotherapie  Ergotherapie  Logopädie Name der Praxis:

Liegt eine Zuweisungsverordnung oder Veranlassung zur Interdisziplinären Frühförderung vor?

2 | 2

- nein     ja, und zwar:     Zuweisungsverordnung der behandelnden Kinderärzte     Veranlassung durch den JPD/ das Beratungszentrum

Sorgeberechtigte:    Vater

Mutter

Andere

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Abweichende Anschrift:

Weshalb wünschen Sie Interdisziplinäre Frühförderung für Ihr Kind?

Es sind alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung des Kindes in der Interdisziplinären Frühförderstelle der Kinderkompass gGmbH einverstanden.  
Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass der Kinderkompass mit den von mir/ uns angegebenen Einrichtungen Kontakt aufnehmen kann, um über den Entwicklungsstand des Kindes zu sprechen. Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf.

Ort / Datum:

Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Bitte per E-Mail oder Post an den Kinderkompass senden