

## Kontaktformular für ein Erstgespräch zur Interdisziplinären Frühförderung

1 | 2

Nachname des Kindes:	<input type="text"/>	Vorname des Kindes:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Nationalität:	<input type="text"/>	Aufenthaltsstatus:	<input type="text"/>
Sprache:	<input type="text"/>	Dolmetscher benötigt?:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Straße / Nr.	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> Privat
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Name der Krankenkasse:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Familienversichert über:	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Andere
E-Mail:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kinderärzt*in:	<input type="text"/>		
Kindertagesstätte:	<input type="radio"/> Regelkita <input type="radio"/> Inklusions-Kita <input type="radio"/> Kindertagespflege <input type="radio"/> aktuell keine Kita		
Name der Kita:	<input type="text"/>		
Erhält das Kind bereits therapeutische Förderung auf Verordnung der kinderärztlichen Praxis?			
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar: <input type="radio"/> Physiotherapie <input type="radio"/> Ergotherapie <input type="radio"/> Logopädie			
		Name der Praxis:	<input type="text"/>

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