



Gewünschte Aufnahme in:

Bitte fügen Sie ein Foto Ihres Kindes bei

- Allgemeine Beratung
- Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Kleinkindalter (1 – 3 Jahre)
- Schulvorbereitende Einrichtung / Heilpädagogische Tagesstätte (3 – 6 Jahre)
- Kindergarten Hort
- Schule / Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Schulalter
- Konduktive Nachmittagsgruppe für Jugendliche
- Förderblock / Intensivtherapie für Kinder/Jugendliche
- Sommerförderwochen mit der Familie
- Förderblock/Intensivtherapie für Erwachsene

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt:

Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:

- Andere Eltern
- Frühförderstelle, welche?
- Ausgelegtes Informationsmaterial, wo?
- Zeitungsanzeige, welche?
- Arzt/Ärztin, Therapeuten, welche?
- Andere Einrichtung, welche?
- Internet

Name und Vorname des Kindes:		lebt <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> beim Vater	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:			
Telefonnummer:		Fax:	E-Mail:
Name Elternteil 1:			Geburtsdatum:
Anschrift:			
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:			ganztags / halbtags
Arbeitgeber:			
Name Elternteil 2:			Geburtsdatum:
			geborene:
Anschrift:			
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:			ganztags / halbtags
Arbeitgeber:			

Geschwister:	Name:	Geburtsjahr:
evtl. andere Erziehungsberechtigte oder BetreuerInnen	Name / Anschrift / Telefonnummer:	

Informationen zum Kind		
Art des Förderbedarfs/der Behinderung:	Diagnose:	seit wann:
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Geh- / Stehapparat <input type="checkbox"/> Gehstöcke <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Kopfschreiber	<input type="checkbox"/> Atemgerät <input type="checkbox"/> Pflege- / Stehbett <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> WC- / Duschstuhl <input type="checkbox"/> Stehbrett <input type="checkbox"/> Kommunikator <input type="checkbox"/> Esshilfe
	Sonstiges:	

Pflegebedarf									
Hilfen erforderlich bei:	selten	häufig	ständig		selten	häufig	ständig		
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähneputzen/Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gehen/Stehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anlegen/Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verabreichung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hauswirtschaftlicher Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Krampfanfälle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann zuletzt:	
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät):			
Medikamente:			
Derzeit behandelnde ÄrztInnen, PsychologInnen, Beratungsstellen:	Name:	Fachgebiet (Therapieart):	Anschrift/Telefon:

Angaben bisheriger Therapiearten: Häufigkeit pro Woche:	Physiotherapie ___ pro Woche	Konduktive Förderung Wo: _____
	Ergotherapie ___ pro Woche	Therapeutisches Reiten ___ pro Woche
	Logopädie ___ pro Woche	Therapeutisches Schwimmen ___ pro Woche
Sonstige Informationen:		

Klinikaufenthalte, bisherige Rehabilitationsmaßnahmen, etc.:	von	bis	Name der Einrichtung	Aufenthaltsgrund

Vorgelegte Unterlagen (in Kopie):	Für Aufnahme unbedingt erforderlich
	<input type="checkbox"/> neuer Arztbericht mit Diagnose <input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises (wenn vorhanden) <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches
	wünschenswert
	<input type="checkbox"/> Berichte über bisherige Klinikaufenthalte <input type="checkbox"/> Konduktiver Bericht von Förderblöcken oder Einrichtungen <input type="checkbox"/> Physiotherapeutischer Bericht <input type="checkbox"/> Ergotherapeutischer Bericht <input type="checkbox"/> Logopädischer Bericht <input type="checkbox"/> Schulische Diagnostik, Zeugnisse oder Psychologischer Bericht

Krankenkasse Privat / gesetzlich	Name	Anschrift
Zusatzversicherung?	Name	Versicherte/r
Zuständiges Gesundheitsamt	Anschrift	
Zuständiges Arbeitsamt (nur für Erwachsene)	Anschrift	
Gewünschte Aufnahme in die Phoenix oder Förderblockbeginn	Datum	<input type="checkbox"/> Taxibeförderung notwendig <input type="checkbox"/> Beförderung im Rollstuhl
Momentaner Aufenthalt	Ort	seit?

Beantragter Schulbesuch	
für das Schuljahr 20 /20	
<input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung <input type="checkbox"/> Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Grundschulstufe	Jahrgang
<input type="checkbox"/> Mittelschulstufe	Jahrgang

Derzeitige Einrichtung		Name/Ansprechpartner
<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Tagesstätte <input type="checkbox"/> Sonstige		
Jahrgangsstufe:		Schulpflichtjahr:

Bisheriger Verlauf	Anschrift	von	bis
Frühförderung			
Kindergarten / Vorschule			
Schule			

Zurückstellung vom Schulbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann?
Einschulungsdatum	Sprengelschule (Anschrift)
Förderschulzuweisung durch das Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wiederholung der Klasse(n)	
Bisherige Schulabschlüsse	
Berufliche Zielvorstellung	

Die Erhebung und die Nutzung der Kind- und familienbezogenen Daten erfolgen unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (§ 35 SGB I; §§ 62 – 65, 83 und 84 SGB VIII; §§ 67 – 78 SGB V).

Wir weisen darauf hin, dass ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz in unserer Einrichtung erst entsteht, wenn ein Betreuungsvertrag zwischen den Eltern und dem Trägervertreter abgeschlossen wurde.

Ort, Datum

Unterschrift