



## Voranmeldung in der Heilpädagogischen Tagesstätte für Grundschulkinder

### 1. Angaben zum Kind

Nachname des Kindes: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geschlecht: .....

Geburtsort: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Bei wem ist das Kind krankenversichert?  Mutter  Vater

Angabe der Krankenkasse: .....

Bei wem lebt das Kind?  Mutter  Vater  beide Elternteile  
 Andere: .....

Wer hat das Sorgerecht?  Mutter  Vater  beide Elternteile  
 Andere: .....

### 2. Angaben zu den Eltern

Name der Mutter: ..... Name des Vaters: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsdatum: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Adresse (falls abweichend): ..... Adresse (falls abweichend): .....

..... erlernter Beruf: ..... erlernter Beruf: .....

ausgeübter Beruf: ..... ausgeübter Beruf: .....

Mobil-Nr.: ..... Mobil-Nr. : .....

E-Mail: ..... E-Mail: .....

### 3. Familiäres Umfeld des Kindes:

Geschwister/Halbgeschwister (Name und Alter)

.....  
.....  
.....

Welche Personen leben im gleichen Haushalt wie das Kind?

.....



Bei Trennung/Scheidung der Eltern:

Seit wann leben die Eltern getrennt? .....

Wie häufig hat das Kind Kontakt zum anderen Elternteil? .....

Bei Pflegeeltern:

Wie häufig hat das Kind Kontakt zu den leiblichen Eltern? .....

**4. Bisher besuchte/r Kindergarten/Schule/Hort (von wann bis wann):**

.....  
.....

**5. Wie haben Sie von uns erfahren? (Empfehlung durch..., Selbstrecherche, ...)**

.....

**6. Gründe für die Voranmeldung**

(z. B. mein Kind hat in folgenden Bereichen Schwierigkeiten / braucht in folgenden Bereichen noch Förderung: ..., gerne auch mit Beispielen)

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Haben Sie sich wegen der Gründe schon an eine andere Stelle gewandt?**

(z. B. Frühförderung, Klinik, Therapeuten etc.)

.....  
.....

Welche Maßnahmen/Therapien usw. wurden bereits getroffen oder sind geplant?

.....  
.....

Hatten Sie bereits Kontakt zum Jugendamt?       ja       nein

**8. Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Folgendes mit:**

- vorhandene haus-/kinder-/fachärztliche Bescheide, Berichte und Briefe
- sonstige Berichte (Frühförderstelle, Therapeuten, Schule, Kindergarten,...)
- ausgefüllte und unterschriebene Schweigepflichtsentbindung

Ort, Datum..... Unterschrift Sorgeberechtigte/r .....



## **Schweigepflichtsentbindung HPT für Grundschulkinder**

Hiermit erkläre ich mich/wir uns einverstanden, dass Mitarbeitende der Heilpädagogischen Tagesstätte streng vertrauliche Informationen, die im Aufnahmeverfahren, zur fortlaufenden Diagnostik sowie der Förderplanerstellung

unseres Kindes \_\_\_\_\_ hilfreich sind, mit folgenden Stellen austauschen:

### **Unzutreffendes bitte durchstreichen**

**behandelnder Arzt (Kinderarzt, Allgemeinarzt)**

gilt auch umgekehrt

.....  
Name/Adresse/Telefonnummer

**Frühförderstelle der Stiftung Kinderhilfe FFB**

gilt auch umgekehrt

.....  
Name der Psychologin/Einzeltherapeutin/Telefonnummer

**Kindergarten/Schule**

gilt auch umgekehrt

.....  
Name der Einrichtung/Adresse/Telefonnummer

**Jugendamtsmitarbeiterin und sozialpädagogische Familienhilfe**

gilt auch umgekehrt

.....  
Name/Adresse/Telefonnummer

**Sonstige Personen/Institutionen**

gilt auch umgekehrt

.....  
Name/Telefonnummer

Die Schweigepflichtsentbindung ist gültig bis zum Abschluss der heilpädagogischen Maßnahme. Mir ist bekannt, dass ich diese jederzeit verändern und widerrufen kann.

Fürstenfeldbruck, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten