



## Anmeldeformular

**Empfehlung / Überweisung durch:**

--

**Warum stellen Sie Ihr Kind bei uns vor?**

--

### Angaben zum Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Geburtsort
PLZ, Ort	<b>Sorgeberechtigte (bitte ankreuzen):</b> <i>O Mutter O Vater O beide</i>
Krankenkasse	<b>Kind ist versichert bei (bitte ankreuzen):</b> <i>O Mutter O Vater O selbst</i>

### Angaben zur Mutter

Angaben zur Mutter	Angaben zum Vater
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon (Festnetz und Handy)	Telefon (Festnetz und Handy)
Beruf	Beruf

Bitte ankreuzen (seit wann):

*O verheiratet / O zusammenlebend / O getrennt / O geschieden / O alleinerziehend / O verwitwet*

### Geschwister (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Name	Geburtsdatum

**Ersatzeltern / betreuende Institution** (Bezugsperson / Fallführende JA, Tel.):

--

**Bisherige Hilfemaßnahmen** (Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie etc.):

--

**BITTE WENDEN →→→**



<b>Schwangerschaft / Geburt</b> (Komplikationen):
<b>Stillen</b> (bis wann?):
<b>Krabbeln</b> (ab wann?):
<b>Laufen</b> (ab wann?):
<b>Erste Worte</b> (ab wann?):
<b>Sauber tags/nachts</b> (ab wann?):
<b>Kindergarten</b> (Adresse, Erzieherin):
<b>Grundschule</b> (Adresse):
<b>Aktuelle Schule</b> (Name, Klasse, Lehrerin):
<b>Schulform:</b>
<b>Krankheiten:</b>
<b>Anfallsleiden:</b> <b>Allergien:</b>
<b>Medikamente:</b>
<b>Unfälle / Verletzungen / Operationen:</b>
<b>Kinderarzt/-ärztin:</b>
<b>Psychotherapeut/in:</b>
<b>Datum:</b> <b>Ausgefüllt von:</b>