

**Angaben über das Kind:**

Name:	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon P	<input type="text"/>	Telefon M	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Geb.Datum	<input type="text"/>
Soz.Ver-Nr	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
Geburtsort	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Muttersprache	<input type="text"/>	Sorgerecht	<input type="text"/>

Beistandschaft: (Name/Adresse/Telefon):

Zweitadresse: (Tagesbetreuung, Zweitadresse Eltern, ...)

**Angaben über die Familie:**

1. Elternteil	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>	Telefon M	<input type="text"/>
2. Elternteil	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>	Telefon M	<input type="text"/>

Geschwister (Name, Alter):

**Zuweisende Stelle (Arzt/Stelle):**

(Name/Adresse/Telefon)

Stelle / Arzt	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

Anmeldungsgrund:

Hilfsmittel:

**Arzt / Ärztin** (Name, Adresse, Telefon, Mail)

Kinderarzt:	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Spezialärzte	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Augenarzt	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Optiker	<input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>

**Bisherige therapeutische Massnahmen**

Therapeut/in / Name / Adresse / Telefon / Therapie von – bis / Std./Woche

Früherziehung:

Physiotherapie:

Ergotherapie:

Logopädie:

Andere:

**Bemerkungen:**

Ort, Datum:  Unterschrift

Kompetenzzentrum  
Pädagogik | Therapie | Förderung

Baselstrasse 43,  
CH-4142 Münchenstein,  
Tel. +41 (0)61 552 27 27

