



Anmeldung

Abklärung Logopädie

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geb.-Datum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Mobile	<input type="text"/>
Vater	<input type="text"/>	Sprache Vater	<input type="text"/>
Mutter	<input type="text"/>	Sprache Mutter	<input type="text"/>
Geschwister, Jg.	<input type="text"/>	Sprache Familie	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Bitte ankreuzen und ergänzen:

- Bisherige Abklärungen: Kinderarzt Kinderpsychiater HFD Entwicklungspädiater
- Letzte Gehörsabklärung am:
- Erhielt das Kind bereits früher Therapie oder Unterstützung? nein ja

Wenn ja, welche:

- Das Kind besucht: Spielgruppe Ki-Ta Kindergarten
 - Braucht es einen Dolmetscher für das Abklärungsgespräch? ja nein
- Wenn ja, welche Sprache

Anmeldegrund:

Ort und Datum:

Unterschrift Kinderärztin/-arzt: