

Anmeldung Abklärung Logopädie
– Formular Kinderärztin / Kinderarzt

Name	Vorname
Geburtsdatum	
Strasse	PLZ / Ort
Elternteil 1	Elternteil 2
Name	Name
Telefon	Telefon
Sprache	Sprache
Geschwister, Jg.	Sprache Familie
Das Kind besucht: ☐ KiTa	
☐ Kindergarten	
☐ Spielgruppe	
☐ Schule	
Kontaktperson / Funktion:	

Anmeldegrund:

.....

.....

.....

.....

Bisherige Abklärungen: ☐ Letzte Gehörsabklärung am

☐ Ergotherapie ☐ Entwicklungspädiatrie

☐ Kinderpsychologie

☐ Heilpädagogischer Früherziehungsdienst (HFD)

☐ andere:

Bisherige Therapien und / oder andere Unterstützungsmassnahmen:

☐ Psychomotoriktherapie (PMT) ☐ Ergotherapie

☐ Heilpädagogische Früherziehung (HFE) ☐ Logopädie

☐ andere:

Aktuelle Therapien und / oder andere Unterstützungsmassnahmen:

☐ ja, welche / bei wem: ☐ nein

.....

Braucht es eine Dolmetscherin / einen Dolmetscher für das Abklärungsgespräch?

☐ ja, Sprache: ☐ nein

Datum und Ort:

Unterschrift Kinderärztin / Kinderarzt: