

## 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:	<input type="checkbox"/> KiTa .....	<input type="checkbox"/> Spielgruppe .....	
	<input type="checkbox"/> Kindergarten .....	<input type="checkbox"/> Schule .....	
	Kontaktperson / Funktion: .....		

Anmeldegrund: .....

.....

.....

.....

Bisherige Abklärungen:

<input type="checkbox"/> Letzte Gehörsabklärung am .....	<input type="checkbox"/> Entwicklungspädiatrie
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Kinderpsychologie
<input type="checkbox"/> Heilpädagogischer Früherziehungsdienst (HFD)	
<input type="checkbox"/> andere: .....	

Bisherige Therapien und / oder andere Unterstützungsmassnahmen:

<input type="checkbox"/> Psychomotoriktherapie (PMT)	<input type="checkbox"/> Ergotherapie
<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung (HFE)	<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> 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: .....