

Sonderpädagogik Frühbereich Formular Erstberatung

Heilpädagogische Früherziehung / Audiopädagogik / Low Vision / Hörsehbehinderung

Kind/Jugendliche(r)

Name / Vorname

Wohnhaft bei Eltern Mutter Vater

Geburtsdatum Geschlecht m w

Familiensprache

Eltern Mutter Vater

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon/Mobile

E-Mail

Beratende Fachperson

Name, Vorname¹

Praxisname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Telefon/Mobile/Email

Fachbereich Heilpädagogische Früherziehung Audiopädagogik
 Hörsehbehindertenpädagogik HFE Low Vision Pädagogik

Anmeldung zur Eltern (Bitte Kopie der Anmeldung beilegen)

Erstberatung durch Andere

Kinderarzt/Hausarzt

Adresse, Telefon

Datum der Erstberatung:

- Ich/wir bestätige/n, dass die Erstberatung stattgefunden hat.
 Ich bin/wir sind mit der Anmeldung an die Fachstelle Sonderpädagogik (Winterthur oder Zürich) einverstanden.

Datum / Unterschrift(en) Eltern

Datum / Unterschrift Heilpädagogische
Früherzieherin

¹ Eine Kopie der Bestätigung über die erfolgte Erstberatung ist der Leistungsabrechnung an das AJB beizulegen.

Aktuelle Situation und Fragestellung

Themen

Seit wann

Entwicklung und Aktivitäten des Kindes

Kognition und Spiel

Sprache/
Kommunikation

Soziales und emotionales Verhalten

Mobilität

Gesundheit, Sinnesfunktionen, medizinische Angaben

Wahrnehmung

Medizin

Fachleute

Umweltfaktoren

Familie

Umfeld

Fachleute

Anmeldung an die Fachstelle Sonderpädagogik für

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung | <input type="checkbox"/> Audiopädagogik |
| <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung Low Vision | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Hörsehbehindertenpädagogik | |
-

Begründung / Bemerkung

Dringlichkeit:	+++	++	+
Übersetzung notwendig:	Ja	Nein	Sprache:
Eigene Verfügbarkeit:			
Abklärung	Ja	Nein	ab:
Förderung	Ja	Nein	ab:

Einwilligung zur Auskunftserteilung und zum Datenaustausch

Unser Kind bzw. ich (bei Volljährigen) wird mit unserem/meinem Einverständnis bei der **Fachstelle Sonderpädagogik** angemeldet:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wir bzw. ich berechtige/n die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik

- Zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen über die Situation des Kindes, bzw. des/der Jugendlichen, wenn dies für die Abklärung des sonderpädagogischen Bedarfs notwendig ist. Gemeint ist mein Haus- oder Kinderarzt / meine Haus- oder Kinderärztin, Fachärzt*innen, heilpädagogische Früherzieher*innen, Audiopädagog*innen, Logopäd*innen oder
andere: _____
- Abklärungsergebnisse dürfen an die weiterbetreuende(n) Fachperson(en) des Kindes oder Jugendlichen weitergegeben werden. Der/die zuweisende Arzt/Ärztin darf über die Therapie-empfehlung der Fachstelle informiert werden und Kopien der Abklärungsberichte erhalten.
- Falls eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, aber in absehbarer Zeit kein Therapieplatz zur Verfügung steht, dürfen die Personendaten des Kindes bzw. des Jugendlichen an das Amt für Jugend und Berufsberatung weitergegeben werden, das uns/mich bei der Therapieplatz-Suche unterstützen kann.

Datum/Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/Jugendliche(r)

Bitte mailen (nur mit geschützter Mailadresse) oder senden Sie das Formular an die zuständige Fachstelle:

<p>Standort Zürich: für die Bezirke Affoltern, Dielsdorf, Dietikon, Horgen, Meilen, Uster, Stadt Zürich</p> <p>Kinderspital Zürich, Fachstelle Sonderpädagogik Lenggstrasse 30, 8008 Zürich Telefon: 044 249 74 90 E-Mail: sonderpaedagogik@kispi.uzh.ch</p>	<p>Standort Winterthur: für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon, Winterthur</p> <p>Fachstelle Sonderpädagogik Winterthur Sozialpädiatrisches Zentrum Albanistrasse 24, 8400 Winterthur Telefon: 052 266 37 01 E-Mail: sonderpaed.spz@ksw.ch</p>
---	---