Sonderpädagogik Frühbereich
Erstberatung Logopädie

Kind / Jugendliche(r)

Name

Vorname

Geschlecht ☐ m ☐ w Geburtsdatum:

Eltern	**Mutter**	**Vater**
Name		
Vorname		
Adresse		
Telefon / Mobile		
E-Mail		
Sprachen (Familie / Umfeld)		

Deutschkontakt

Aktuelle Betreuungssituation

Beratende Fachperson

Name Logopädin

Name Therapiestelle

Adresse

Telefon / Mobile

E-Mail

Beratung empfohlen von

Beratung durchgeführt am

Kinderarzt / Hausarzt/-ärztin

Weitere Fachpersonen

☐ 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 Eltern

Datum / Unterschrift Logopädin[1]

[1] Eine Kopie der Bestätigung über die erfolgte Erstberatung ist der Leistungsabrechnung an das Amt für Jugend und Berufsberatung (AJB) beizulegen.

Bisherige Diagnosen

Bisherige Therapie / Förderung / Beratung

1. Sprache und Kommunikation

	Auffällig für Bezugsperson	Auffällig für Logopädin
Sprachverständnis	☐	☐
Sprachproduktion	☐	☐
Lexik / Semantik	☐	☐
Morphologie / Syntax	☐	☐
Phonetik / Phonologie	☐	☐
Kommunikation	☐	☐
Redefluss	☐	☐
Schlucken, Essen, Trinken	☐	☐

Äusserungen Spontansprache

2. Weitere Entwicklungsbereiche und Beobachtungen

Spiel / Kognition	☐	☐
Partizipation in Familie	☐	☐
Partizipation ausserhalb Familie	☐	☐
Weitere Auffälligkeiten in den Bereichen		
Motorik	☐	☐
Hören	☐	☐
Sehen	☐	☐

3. Aktuelle bzw. vordringliche Fragestellung

4. Einschätzung / Beurteilung der Situation insgesamt

(Schweregrad / Dringlichkeit / Leidensdruck u. a.)

5. Besorgnis der Eltern

wenig besorgt — besorgt — äusserst besorgt

6. Empfehlung / Vorgehen nach Erstberatung

Anmeldung an Fachstelle Sonderpädagogik für ☐ Logopädie
☐ Heilpädagogische Früherziehung

Verfügbarkeit bei allfälligem Therapiebedarf ☐ nein ☐ ja ab _____

7. Bemerkungen

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Einwilligung zur Anmeldung und Auskunftserteilung

Name:
Vorname:
Geb.-Dat.:

Unser/mein Kind bzw. ich (Volljährige/r) wurde bei der Abklärungsstelle (**Fachstelle Sonderpädagogik**) in Zürich/Winterthur angemeldet.

☐ Wir sind mit der Anmeldung unseres Kindes/Ich bin mit der Anmeldung meines Kindes bei der Fachstelle Sonderpädagogik einverstanden.

☐ Ich (Volljährige/r) bin mit der Anmeldung bei der Fachstelle Sonderpädagogik einverstanden.

☐ Wir berechtigen/Ich (Elternteil oder Volljährige/r) berechtige die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen (Kinderarzt, Facharzt: _____, heilpädagogische Früherzieherin, Audiopädagogin, Logopädin, andere:_____) über die Situation unseres Kindes/meines Kindes bzw. von mir (Volljährige/r), sofern dies im Interesse des Kindes oder der/des Volljährigen für die Abklärung von sonderpädagogischen Massnahmen notwendig und geeignet ist.

☐ Falls die Abklärung einen sonderpädagogischen Bedarf ergibt, berechtigen wir/berechtige ich die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik Vorname, Name, Adresse des Kindes sowie Telefonnummer der Eltern dem AJB zur Weitergabe an eine Therapie- bzw. Förderstelle für die Kontaktaufnahme bekanntzugeben.

Eine Weitergabe der Personendaten erfolgt nur, falls Unterstützungsbedarf bei der Suche eines Therapie- bzw. Förderplatzes besteht.

Datum/Unterschrift(en) Eltern/Volljährige(r)

Weiterverwendung von Daten für die Forschung

Die von den Abklärungsstellen (Fachstellen Sonderpädagogik) im Zusammenhang mit der Bedarfsabklärung gesammelten Daten werden am Kinderspital Zürich für wissenschaftliche Statistiken und Analysen im Rahmen der Versorgungsforschung verwendet. Für jegliche Publikationen der wissenschaftlichen Analysen ist die Anonymität der Daten sichergestellt, so dass persönliche Angaben nicht mehr einer bestimmten Person oder Familie zugeordnet werden können.
Folgende Fragestellungen werden untersucht: Aus welchen Gründen erhalten Kinder welche Massnahmen? Ist die Versorgung im Kanton bedarfsgerecht? Ist sie regional ausgewogen? Weitergehende Informationen zur Forschung finden Sie hier:
https://www.kispi.uzh.ch/forschungszentrum/forschungsgebiete/entwicklungspaediatrie/paediatrische-versorgungsforschung
Der/die Jugendliche/Die Eltern berechtigen die Fachstelle Sonderpädagogik, folgende Daten des oben genannten Kindes/Jugendlichen für das genannte Forschungsprojekt zu verwenden:

- Daten der Bedarfsabklärung (Erstabklärung, Massnahmenüberprüfung)
- Daten des Abschlusses der sonderpädagogischen Massnahme (ersichtlich im Abschlussformular).

Ich bestätige, dass

- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist;
- ich genügend über die Verwendung meiner Daten für die Forschung informiert wurde;
- ich weiss, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

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