

# Anmeldung Beratung und Unterstützung - B&U



## Wird vom TSM ausgefüllt

Beginn Abklärung: \_\_\_\_\_ Eingang Sekretariat: \_\_\_\_\_  
Name HP: \_\_\_\_\_ Art der Beeinträchtigung: SB  KB   
Beginn B&U: \_\_\_\_\_ Abschluss/ Austritt: \_\_\_\_\_  
Name HP: \_\_\_\_\_ Intervention: Beratung  Unterstützung   
Garant: \_\_\_\_\_ Verfügbare Jahresstunden: \_\_\_\_\_  
Geplante Jahrestunden: \_\_\_\_\_

## Angaben über das Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. P.: \_\_\_\_\_ andere: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KK-Nr.: \_\_\_\_\_  
IV-Nr: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_  
Muttersprache: \_\_\_\_\_ Sorgerecht: \_\_\_\_\_  
Beistandschaft: (Name/Adresse/Telefon): \_\_\_\_\_  
Zweitadresse: (Tagesbetreuung, Zweitadresse Eltern, ...)

## Angaben über die Familie:

Vater (Name/Vorname): \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Vater (Telefon, E-Mail): \_\_\_\_\_  
Mutter (Name /Vorname): \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Mutter (Telefon, E-Mail): \_\_\_\_\_  
Geschwister (Name, Alter): \_\_\_\_\_

## Zuweisende Stelle (Arzt/Stelle):

(Name/Adresse/Telefon)  
Zuweisungsdiagnose: \_\_\_\_\_  
Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**Kindergarten/ Schule:**

Kiga/Schule/ (Adresse, Klasse/ Schuljahr):

Lehrperson (Name, Telefon, E-Mail):

Schulleitung (Name, Telefon, E-Mail, Adresse):

ISF-Lehrperson (Name, Telefon, E-Mail):

Assistenzperson (Name, Telefon, E-Mail):

**Arzt / Ärztin** (Name, Adresse, Telefon, Mail)

Kinderarzt:

Spezialärzte:

Augenarzt:

Optiker:

**Bisherige therapeutische Massnahmen**

Therapeut/in / Name / Adresse / Telefon / Therapie von – bis / Std./Woche

Früherziehung:

Physiotherapie:

Ergotherapie:

Logopädie:

Andere:

Bemerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift:

**TSM Schulzentrum  
für Kinder und Jugendliche  
mit Behinderungen**

Baselstrasse 43, PF  
CH-4142 Münchenstein  
Tel. +41 (0)61 417 95 95  
info@tsm-schulzentrum.ch  
www.tsm-schulzentrum.ch