

Anmeldung Beratung und Unterstützung - HFE

Wird vom TSM ausgefüllt

Beginn Abklärung: _____ Eingang Sekretariat: _____
Name HP: _____ Abschluss/ Austritt: _____
Beginn HFE: _____ Intervention: Einzelförderung Gruppenförderung Fachberatung
Name HP: _____ Verfügbare Jahresstunden: _____
Garant: _____ 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: _____

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