



**Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:**

- Andere Eltern
- Arzt/Ärztin, TherapeutIn, welche?
- Frühförderstelle, welche?
- Andere Einrichtung, welche?
- Ausgelegtes Informationsmaterial, wo?
- Internet
- Zeitungsanzeige, welche?

Gewünschter  
Beratungstermin:

**Formular senden an:** Phoenix GmbH – Konduktives Förderzentrum  
 z. H. Frau Elizabeth Faermann  
 Oberföhringer Str. 150, 81925 München  
 Tel. 089 8393 6360, Fax. 089 8393 6395  
 E-Mail: elizabeth.faermann@pfennigparade.de

<b>Name und Vorname des Kindes:</b>		<b>lebt</b> <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> bei der Mutter <input type="checkbox"/> beim Vater	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich		Geburtsort:	
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:	
Konfession:		Anschritt:	
Telefonnummer:		Fax:	E-Mail:
<b>Name Elternteil 1:</b>		Geburtsdatum:	
Anschritt:			
Telefonnummer:	privat:	dienstlich:	
Familienstand:		Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:		ganztags / halbtags:	
ArbeitgeberIn:			
<b>Name Elternteil 2:</b>		Geburtsdatum:	
Anschritt:		geborene:	
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:		Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf:		ganztags / halbtags	
ArbeitgeberIn:			

<b>Geschwister:</b>	Name	Geburtsjahr
evtl. andere Erziehungsberechtigte oder BetreuerInnen	Name / Anschrift / Telefonnummer	

<b>Daten des Kindes:</b>		
Art der Behinderung:	Kurzdiagnose:	seit wann:
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Geh- / Stehapparat <input type="checkbox"/> Gehstöcke <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Kopfschreiber	<input type="checkbox"/> Atemgerät <input type="checkbox"/> Pflege- / Stehbett <input type="checkbox"/> Lifter <input type="checkbox"/> WC- / Duschstuhl <input type="checkbox"/> Stehbrett <input type="checkbox"/> Kommunikator <input type="checkbox"/> Esshilfe
	Sonstiges:	

<b>Pflegebedarf:</b>								
Hilfen erforderlich bei:	selten	häufig	ständig		selten	häufig	ständig	
Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähneputzen/Kämen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen/Stehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anlegen/Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verabreichung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hauswirtschaftlicher Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen-/Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Krampfanfälle:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		wann zuletzt:
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)			
Medikamente:			
Derzeit behandelnde ÄrztInnen, PsychologInnen, Beratungsstellen:	Name:	Fachgebiet (Therapieart):	Anschrift/Telefon:

Angaben bisheriger Therapiearten: Häufigkeit pro Woche:	Krankengymnastik ____ pro Woche Ergotherapie ____ pro Woche Logopädie ____ pro Woche	Therapeutisches Reiten ____ pro Woche Therapeutisches Schwimmen ____ pro Woche
	Sonstiges:	

Klinikaufenthalte, bisherige Rehabilitationsmaßnahmen, etc.:	von	bis	Name der Einrichtung	Aufenthaltsgrund

<b>Derzeitige Situation:</b> <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstige		
Jahrgangsstufe:		Schulpflichtjahr:

<b>Derzeitige Situation:</b> <input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Kinderkrippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Jahrgangsstufe:		Schulpflichtjahr:

Bisheriger Verlauf:	Anschrift:	von	bis
Frühförderung			
Kindergarten			
Vorschule			
Schule			

<b>Grund für die Vorstellung in der Fördersprechstunde:</b>

Unterlagen für Aufnahme unbedingt erforderlich (in Kopie)	<input type="checkbox"/> neuer Arztbericht über Behinderungen <input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches <input type="checkbox"/> Berichte über bisherige Klinikaufenthalte <input type="checkbox"/> Physiotherapeutischer Bericht <input type="checkbox"/> Ergotherapeutischer Bericht <input type="checkbox"/> Logopädischer Bericht <input type="checkbox"/> Psychologischer Bericht
---	---

Die Erhebung und die Nutzung der Kind- und familienbezogenen Daten erfolgen unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen (§ 35 SGB I; §§ 62 – 65, 83 und 84 SGB VIII; §§ 67 – 78 SGB V).

Wir weisen darauf hin, dass ein Anspruch auf einen Betreuungsplatz in unserer Einrichtung erst entsteht, wenn ein Betreuungsvertrag zwischen den Eltern und dem Trägervertreter abgeschlossen wurde.

Ort, Datum

Unterschrift