



**Pfennigparade**

Das Rehabilitationszentrum in München

## Anmeldeformular Förderzentrum

**Phoenix Schulen und Kitas GmbH**

Inklusive Bildung und Konduktives Förderung

Oberföhringer Str. 150, 81925 München

Tel. 089-8393 6393 Fax 089-8393 6395

[info@phoenix-kf.de](mailto:info@phoenix-kf.de) [www.phoenix-kf.de](http://www.phoenix-kf.de)

### Gewünschte Aufnahme in:

- Allgemeine Beratung
- Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Kleinkindalter (0 – 3 Jahre)
- Schulvorbereitende Einrichtung / Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Vorschulalter
- Integrationsgruppe
- Schule / Heilpädagogische Tagesstätte für Kinder im Schulalter
- Nachmittagsgruppe
- Internat
- Förderblock / Intensivtherapie für Kinder und Jugendliche
- Förderblock für Erwachsene

Gewünschter  
Aufnahmezeitpunkt:

### Wie haben Sie von unserer Einrichtung erfahren:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Andere Eltern                         | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin, TherapeutIn, welche? |
| <input type="checkbox"/> Frühförderstelle, welche?             | <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung, welche?       |
| <input type="checkbox"/> Ausgelegtes Informationsmaterial, wo? | <input type="checkbox"/> Internet                          |
| <input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige, welche?              |  |

<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			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:			
Telefonnummer:		Fax:	E-Mail:
<b>Name Elternteil 1:</b>			Geburtsdatum:
Anschrift:			
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:			ganztags / halbtags
Arbeitgeber:			
<b>Name Elternteil 2:</b>			Geburtsdatum:
			geborene:
Anschrift:			
Telefonnummer:		privat:	dienstlich:
Familienstand:			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:			ganztags / halbtags
Arbeitgeber:			

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

<b>Vorgesehene/r Abteilung / Bereich:</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:	<b>selten</b>	<b>häufig</b>	<b>ständig</b>		<b>selten</b>	<b>häufig</b>	<b>ständig</b>	
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/Kämmen	<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

Vorgelegte Unterlagen (in Kopie):	<p><b>Für Aufnahme unbedingt erforderlich</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> neuer Arztbericht über Behinderungen</li> <li><input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises</li> <li><input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches</li> </ul> <p><b>wünschenswert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Berichte über bisherige Klinikaufenthalte</li> <li><input type="checkbox"/> Physiotherapeutischer Bericht</li> <li><input type="checkbox"/> Ergotherapeutischer Bericht</li> <li><input type="checkbox"/> Logopädischer Bericht</li> <li><input type="checkbox"/> Psychologischer Bericht</li> </ul>
-----------------------------------	--

Krankenkasse	Name	Anschrift
Privat / gesetzlich? Zusatzversicherung?	Name	Versicherte/r
Zuständiges Gesundheitsamt	Anschrift	
Zuständiges Arbeitsamt	Anschrift	
Gewünschte Aufnahme in die Phoenix	Datum	<input type="checkbox"/> Taxi notwendig <input type="checkbox"/> Transport im Rollstuhl
Momentaner Aufenthalt	Ort	seit?

<b>Beantragter Schulbesuch</b>	
für das Schuljahr 20 ..... /20 .....	
<input type="checkbox"/> Schulvorbereitende Einrichtung <input type="checkbox"/> Kindergarten	
<input type="checkbox"/> Grundschulstufe	Jahrgang
<input type="checkbox"/> Mittelschulstufe	Jahrgang

<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			

Zurückstellung vom Schulbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann?
Einschulungsdatum	Sprengelschule (Anschrift)
Sonderschuleinweisung durch das Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wiederholung der ..... Klasse(n)	
Bisherige Schulabschlüsse	
Berufliche Zielvorstellung	

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