



Anmeldung

Sehr geehrte Eltern,

Sie streben eine Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes im Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie oder einer Außenstelle an.

Da wir eine große Anzahl an Anfragen bekommen, möchten wir die Erstuntersuchung gut planen. Dazu benötigen wir wichtige Informationen. Wir bitten Sie, uns diese auf den kommenden Seiten zu geben und uns damit zu helfen, die Anfragen möglichst gut zu bewältigen.

Schicken Sie uns den Fragebogen ausgefüllt per E-Mail (anmeldung@amb-lebenshilfe.at), Fax oder Post oder bringen Sie ihn persönlich vorbei. Sie erhalten in Folge von uns eine Rückmeldung, entweder wann die Erstuntersuchung stattfinden kann oder eine Bitte, vorab noch weitere Informationen einzuholen.

| Kind oder Jugendliche/r | | | |
|-------------------------|--|--------------|--|
| Vorname | | Nachname | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | | |
| Adresse | | | |
| PLZ | | Ort | |
| Sozialvers.-Nr. | | Geburtsdatum | |
| Mitversichert bei: | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> beiden <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |
| Geburtsort/-land | | | |

| Elternteil 1 | | | |
|-----------------|---|------------------|--|
| Vorname | | Nachname | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | | |
| Adresse | | | |
| PLZ | | Ort | |
| Sozialvers.-Nr. | | Krankenkasse | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort/-land | |
| Beruf | | Arbeitgeber*in | |
| Telefonnummer | | E-Mail | |

| Elternteil 2 | | | |
|---------------------|---|------------------|--|
| Vorname | | Nachname | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | | |
| Adresse | | | |
| PLZ | | Ort | |
| Sozialvers.-Nr. | | Krankenkasse | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort/-land | |
| Beruf | | Arbeitgeber*in | |
| Telefonnummer | | E-Mail | |

| Geschwister | | | |
|--------------------|--|--------------|--|
| Name | | Geburtsdatum | |
| Name | | Geburtsdatum | |
| Name | | Geburtsdatum | |
| Name | | Geburtsdatum | |
| Name | | Geburtsdatum | |

Was ist der Grund für die Vorstellung bei uns?

Worüber machen Sie sich Gedanken/Sorgen bei Ihrem Kind?

Wer hat Sie zu uns empfohlen?

Was erwarten Sie von einer Untersuchung bei uns?

Gibt es Probleme in Kindergarten oder Schule? Welche?

Falls es Probleme gibt, bitte senden Sie uns eine Beschreibung des Verhaltens/der Probleme von der zuständigen Pädagogin/dem Pädagogen.

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind schon durchgeführt?

| Ja | Nein | | Wo |
|----|------|-----------------------------|----|
| | | Hörtest | |
| | | Augenuntersuchung | |
| | | Psychologische Untersuchung | |
| | | MRI | |
| | | EEG | |
| | | Genetische Untersuchungen | |
| | | Sonstige med. Abklärungen | |
| | | Sonstige: | |
| | | Sonstige: | |

Bitte schicken Sie die Befunde der Untersuchungen mit!

Welche Diagnosen wurden bei Ihrem Kind schon gestellt?

| Welche Behandlungen wurden bei Ihrem Kind schon durchgeführt? | | | |
|---|------|--------------------------|--|
| Ja | Nein | | |
| | | Medikamente; welche: | |
| | | Psychotherapie; bei wem: | |
| | | Ergotherapie; bei wem: | |
| | | Logopädie; bei wem: | |
| | | Physiotherapie; bei wem: | |
| | | Sonstige: | |

Wo ist Ihr Kind derzeit sonst noch in Behandlung bzw. wo ist noch eine Behandlung geplant?

Bitte schicken Sie folgende Unterlagen in Kopie mit:

- Medizinische Befunde (z.B. Krankenhaus, Hörtest, Augenuntersuchung, ...)
- Psychologische Befunde
- Therapieberichte
- Bericht der Frühförderung
- Beschreibung aus Kindergarten oder Schule

**Nun bitten wir Sie noch, die Elterninformation und die Datenschutzerklärung zu lesen.
(Bitte behalten Sie diese zu Ihrer Information bei sich).**

Ich melde mein Kind zur Erstuntersuchung im Ambulatorium für Entwicklungsdiagnostik und Therapie an. Ich habe die Elterninformation und die Datenschutzerklärung gelesen und verstanden und bin damit einverstanden.

Am besten erreichen Sie mich unter dieser Telefonnummer:

Datum:

Unterschrift: _____