

Sonderpädagogik Frühbereich

Erstberatung Logopädie

Kind/Jugendliche(r)

Name

Vorname

Geschlecht m w Geburtsdatum:

Eltern

Mutter

Vater

Name

Vorname

Adresse

Telefon/Mobile

E-Mail

Sprachen (Familie/Umfeld)

Deutschkontakt

Aktuelle Betreuungssituation

Beratende Fachperson

Name Logopädin

Name Therapiestelle

Adresse

Telefon/Mobile

E-Mail

Beratung empfohlen von

Beratung durchgeführt am

Kinderarzt/Hausarzt/-ärztin

Weitere Fachpersonen

Ich/wir bestätige/n, dass die Erstberatung stattgefunden hat.

Ich bin/wir sind mit der Anmeldung an die Fachstelle Sonderpädagogik (Winterthur oder Zürich) einverstanden.

Datum/Unterschrift Eltern

Datum/Unterschrift Logopädin¹

¹ Eine Kopie der Bestätigung über die erfolgte Erstberatung ist der Leistungsabrechnung an das Amt für Jugend und Berufsberatung (AJB) beizulegen.

Bisherige Diagnosen

Bisherige Therapie/Förderung/Beratung

1. Sprache und Kommunikation

	Auffällig für Bezugsperson	Auffällig für Logopädin
Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachproduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lexik/Semantik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morphologie/Syntax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phonetik/Phonologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redefluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlucken, Essen, Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äusserungen Spontansprache		

2. Weitere Entwicklungsbereiche und Beobachtungen

Spiel/Kognition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partizipation in Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partizipation ausserhalb Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Auffälligkeiten in den Bereichen		
Motorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Aktuelle bzw. vordringliche Fragestellung

4. Einschätzung/Beurteilung der Situation insgesamt

(Schweregrad/Dringlichkeit/Leidensdruck u. a.)

5. Besorgnis der Eltern

wenig besorgt

besorgt

äusserst besorgt

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Empfehlung/Vorgehen nach Erstberatung

Anmeldung an Fachstelle Sonderpädagogik für

Logopädie

Heilpädagogische Früherziehung

Verfügbarkeit bei allfälligem Therapiebedarf

nein ja ab _____

7. Bemerkungen

Einwilligung zur Auskunftserteilung und zum Datenaustausch

Unser Kind bzw. ich (bei Volljährigen) wird mit unserem/meinem Einverständnis bei der **Fachstelle Sonderpädagogik** angemeldet:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wir bzw. ich berechtige/n die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik

- Zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen über die Situation des Kindes, bzw. des/der Jugendlichen, wenn dies für die Abklärung des sonderpädagogischen Bedarfs notwendig ist. Gemeint ist mein Haus- oder Kinderarzt / meine Haus- oder Kinderärztin, Fachärzt*innen, heilpädagogische Früherzieher*innen, Audiopädagog*innen, Logopäd*innen oder
andere: _____
- Abklärungsergebnisse dürfen an die weiterbetreuende(n) Fachperson(en) des Kindes oder Jugendlichen weitergegeben werden. Der/die zuweisende Arzt/Ärztin darf über die Therapie-empfehlung der Fachstelle informiert werden und Kopien der Abklärungsberichte erhalten.
- Falls eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, aber in absehbarer Zeit kein Therapieplatz zur Verfügung steht, dürfen die Personendaten des Kindes bzw. des Jugendlichen an das Amt für Jugend und Berufsberatung weitergegeben werden, das uns/mich bei der Therapieplatz-Suche unterstützen kann.

Datum/Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/Jugendliche(r)

Bitte mailen (nur mit geschützter Mailadresse) oder senden Sie das Formular an die zuständige Fachstelle:

<p>Standort Zürich: für die Bezirke Affoltern, Dielsdorf, Dietikon, Horgen, Meilen, Uster, Stadt Zürich</p> <p>Kinderspital Zürich, Fachstelle Sonderpädagogik Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich Telefon: 044 266 34 86, Fax 044 266 31 36 E-Mail: sonderpaedagogik@kispi.uzh.ch</p>	<p>Standort Winterthur: für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon, Winterthur</p> <p>Fachstelle Sonderpädagogik Winterthur Sozialpädiatrisches Zentrum Albanistrasse 24, 8400 Winterthur Telefon: 052 266 37 01 E-Mail: sonderpaed.spz@ksw.ch</p>
--	---