

Anmeldung zur Untersuchung im SHZ

am:

Name des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum

Vorname / Name der Eltern

Telefon

PLZ

Wohnort

Straße, Hausnummer

E-Mail

Krankenkasse

Wird das Kind z.Zt. behandelt? Ja Nein

Seit wann erfolgt die Behandlung?

Anschrift der Behandlerin / des Behandlers:

PLZ

Wohnort

Straße, Hausnummer

Um welche Sprachstörung handelt es sich?

Wenn das Kind im Kindergartenalter ist, besucht das Kind den:

Regelkindergarten

Förderkindergarten

Sonderkindergarten

Schulkindergarten

sonstige Vorschule:

seit

Für wann ist die Einschulung vorgesehen?

Wenn das Kind im Schulalter ist, besucht das Kind die:

Grundschule

Sonderschule L

Sonderschule

Sonderschule G

Sonderschule K

Hauptschule

Integrierte Gesamtschule

Realschule+

Realschule

Gymnasium

sonstige Schule:

In welcher Klasse ist das Kind zurzeit?

Anmeldung zur Untersuchung im SHZ

Terminvergabe

Wochentag-Präferenz:

Vormittags

Nachmittags

Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Jetzt senden

Wird vom Landeskrankenhaus SHZ ausgefüllt:

Untersuchungstermin am

um

Uhr

Bei Frau / Herr

Sontiges: