



## Frühe Hilfen im Saarland

### Absender:

Institution/Praxis: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Tel zu erreichen: \_\_\_\_\_ Fax-Nr: \_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Daten:

Einverständnis zur Kooperation im Projekt „Frühe Hilfen im Saarland“ erteilt.

Name der Mutter \_\_\_\_\_ Name des Vaters \_\_\_\_\_  
Geb. Datum \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Aktuelle Adresse \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. \_\_\_\_\_ Geschwister / Alter \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gesundheitl. / mediz. Zustand der Mutter:

E.T. \_\_\_\_\_  
Soziale Situation :

Name des Kindes \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
Angaben zum Kind

Betreuung Hebamme / Nachsorgehebamme bereits eingeleitet?

Name: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Betreuung Kinderarzt:

Name: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Rückmeldung der Koordinierungsstelle  
per Fax-Nr:**

### Ergebnis der Kontaktaufnahme:

Familienhebamme  andere Hilfen geplant  
 bisher kein Kontakt

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_



### **Einverständniserklärung**

zum Antrag auf Unterstützung im Rahmen des Landesprogramms Frühe Hilfen im Saarland:

Ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- bin im vorab über das Landesprogramm informiert worden.
- Ich willige ein, dass beiliegender Anfragebogen in ausgefüllter Form an die Verantwortlichen der Koordinierungsstelle der Gesundheits- und Jugendhilfe meines Landkreises weitergegeben wird, damit mir weitere Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden können.
- Ich bin darüber hinaus mit einer Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift