

Frühe Hilfen im Saarland

Anfragebogen Saarpfalz-Kreis

Per Fax an:
Hildegard Johann-Wagner: 06841-777-8333
oder
Krystyna Wojtunik: 06841-104-7501

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:

<u>Ergebnis der Kontaktaufnahme:</u>	
<input type="checkbox"/> Familienhebamme	<input type="checkbox"/> andere Hilfen geplant
<input type="checkbox"/> 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