



Einverständniserklärung

Ich _____

geboren am _____

Wohnhaft _____

erkläre meine freiwillige Teilnahme am Elternprogramm Frühe Hilfen. Ich bin vorab ausreichend über das Programm informiert worden.

- Ich willige ein, dass beiliegender Fragebogen in ausgefüllter Form an die beim Gesundheitsamt und der Jugendhilfe meines Landkreises angesiedelten Projektkoordinatorinnen weiter gegeben wird, damit mir weitere Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden können.
- Ich bin darüber hinaus mit der Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.

Datum

Unterschrift

Frühe Hilfen im Saarland

Margit Scherer-Braun
Dipl. Pädagogin
06851/801 5319

Karin Schmidt
Kinderärztin
06851/801 5323

Nadine Hennes
FGKiKP
06851/801 5328

Fax: 06851/ 801 5390
fruehehilfen@lkwnd.de

Absender

Institution/Praxis: _____
Tel zu erreichen: _____

Ansprechpartner: _____
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. Datum _____ |
| Angaben zum Kinde | |

Betreuung durch Hebamme/ Nachsorgehebamme bereits eingeleitet?
Name: _____ Tel: _____

Betreuung durch Kinderarzt:
Name: _____ Tel: _____

Rückmeldung der Koordinationsstelle

Ergebnis der Kontaktaufnahme:

- Familienhebamme andere Hilfe geplant
 bisher kein Kontakt

Ansprechpartner: _____ Tel: _____

Datum / Unterschrift: