



ANMELDEBOGEN

„HonigHelden! ist in Kooperationsprojekt von
Children for Tomorrow und der Behörde für Schule und Berufsbildung

Absender	
Eingereicht von (Name, Funktion, Telefon, E-Mail):	
Datum:	
Familienbezogene Stammdaten	
<u>Name, Vorname (Kind)</u>	<u>Name, Vorname (Eltern)</u> Mutter: Vater:
<u>Adresse</u>	<u>Adresse (bei getrennt lebenden Eltern)</u>
<u>Geburtsdatum</u>	<u>Telefon</u> Mutter: Vater:
<u>Sorgerecht</u> <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> geteiltes Sorgerecht, Eltern getrennt lebend <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht, Mutter <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht, Vater <input type="checkbox"/> ein Elternteil verstorben <input type="checkbox"/> Vormundschaft	<u>E-Mail</u>
<u>Stammschule/ Klasse</u>	<u>Herkunftsland/ Muttersprache/ ggfs. weitere Sprachen</u>
<u>Lehrkraft (Tel. und E-Mail)</u>	<u>Deutschkenntnisse der Eltern</u> <input type="checkbox"/> keine bis kaum <input type="checkbox"/> für Terminabsprachen ausreichend <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <u>Deutschkenntnisse des Kindes</u> <input type="checkbox"/> keine bis kaum <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
<u>Aufenthaltsstatus</u>	<u>seit wann in Deutschland</u>
<u>Sind das Kind oder seine Eltern vor Krieg, Verfolgung oder sonstigen Formen organisierter Gewalt geflohen?</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<u>Sonstige wichtige Anmerkungen zur Familie</u>

Vorstellungsgrund

Kurze Darstellung der Symptome und Auffälligkeiten

Netzwerk

Bereits erfolgte Maßnahmen

Wurde das Kind bereits kinder- und jugendpsychotherapeutisch vorgestellt, behandelt oder steht auf einer Warteliste für eine psychotherapeutische Behandlung?

- ja,
Name des Therapeuten/ Praxis _____
- nein

Wurde das Kind bereits kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt, behandelt oder steht auf einer Warteliste für eine psychiatrische Behandlung?

- ja,
Name des Psychiaters/ Praxis _____
- nein

Bereits involvierte Helfersysteme

- ReBBZ
Name und Kontakt des Fallzuständigen:

Wurde bereits ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt?

Wenn ja, welche _____

- ASD
Name und Kontaktdaten des Fallzuständigen:

Wurden bereits Hilfen zur Erziehung eingerichtet?

Wenn ja, welche _____

- Sonstige involvierte Helfersysteme

Medizinische Hinweise

Haus- oder Kinderarzt

Bekannte Vorerkrankungen, Allergien oder regelmäßig einzunehmende Medikamente



Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

(Grundlage ist die EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO)

Wir, Frau _____ und Herr _____

(Sorgeberechtigte), erklären uns einverstanden, dass Frau/Herr _____

(Absender) die oben angegebenen personenbezogenen Daten an die Mitarbeiter von Children for Tomorrow/ Projekt HonigHelden!, weiterleitet.

Die Daten werden von den Mitarbeitern von Children for Tomorrow/ Projekt HonigHelden ausschließlich zur Kontaktaufnahme mit mir, ggf. in meiner Muttersprache mittels eines Dolmetschers, genutzt.

Den Unterzeichnenden ist bekannt, das die Einverständniserklärung freiwillig erfolgt und sie die Einwilligung jederzeit einschränken oder widerrufen können.

Hamburg, den

(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)