



ANMELDEBOGEN

BITTE SCHICKEN SIE DIESEN
ANMELDEBOGEN
PER BRIEF ODER FAX AN:

Carina Kronberger

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Projektleitung HonigHelden!
Children for Tomorrow Stiftung
Martinistr. 52, Gebäude O44, 20246 Hamburg
Tel: +49 (0) 40 - 47 19 308 45
Mobil: +49 (0) 176 95635744
Fax: + 49 (0) 40 - 47 19 308 25
Mail: kronberger@children-for-tomorrow.de

Ein Kooperationsprojekt von
Children for Tomorrow und der Behörde für Schule und Berufsbildung

Anmeldung¹ eingereicht von (Name/Institution)*:

Telefon und/oder Mail*:

Therapiestandorte und Therapiezeiten	
<input type="checkbox"/> <u>ReBBZ Mitte Beratungsabteilung</u> Laeiszstraße 12, 20357 Hamburg montags und dienstags von 14:00 bis 18:00	<input type="checkbox"/> <u>ReBBZ Wilhelmsburg Bildungsabteilung</u> Zeidlerstraße 50, 21107 Hamburg montags von 9:00 bis 13:00
<input type="checkbox"/> <u>ReBBZ Mitte Bildungsabteilung</u> Präbenweg 24, 20537 Hamburg dienstags und mittwochs von 14:00 bis 18:00	<input type="checkbox"/> <u>ReBBZ Harburg Beratungsabteilung</u> Lüneburger Tor 10, 21073 Hamburg montags, mittwochs und donnerstags von 9:00 bis 15:00
<input type="checkbox"/> <u>ReBBZ Bergedorf Beratungsabteilung</u> Billwerder Billdeich 648, 21033 Hamburg dienstags von 14:00 bis 18:00	
Wegbegleitung zum Therapiestandort	
(eine Wegbegleitung ist Voraussetzung für einen Therapiestart)	
Das Kind wird regelmäßig zur Therapie begleitet	
<input type="checkbox"/> von einem Elternteil/ Sorgeberechtigten <input type="checkbox"/> von einem internen/externen Schulangestellten (FSJ, Schulbegleitung, ...)	<input type="checkbox"/> durch die sozialpädagogische Familienhilfe <input type="checkbox"/> von einem Ehrenamtlichen <input type="checkbox"/> von _____
<input type="checkbox"/> durch die Erziehungsbeistandschaft	

Stammdaten des Kindes	Sorgeberechtigte (bei gemeinsamem Sorgerecht beide Elternteile anführen)
Name, Vorname *	Name, Vorname * KM: KV:
Adresse	Adresse *
Geburtsdatum	Telefon * KM: KV: E-Mail:
Stammschule und Klasse	Herkunftsland und Muttersprache (ggfs. weitere Sprachen) *
Lehrkraft (Tel. und E-Mail)	Deutschkenntnisse der Eltern * <input type="checkbox"/> keine bis kaum <input type="checkbox"/> für Terminabsprachen ausreichend <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Zuständiges ReBBZ – Name, Tel. und E-Mail	Deutschkenntnisse des Kindes <input type="checkbox"/> keine bis kaum <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut
Aufenthaltsstatus/seit wann in Deutschland	

¹ Die mit * markierten Felder müssen ausgefüllt sein

Vermuteter Therapiebedarf

*Kurze Darstellung der Symptome und Auffälligkeiten**

Bisher erfolgte schulische Maßnahmen (Testungen/Hospitationen/Elterngespräche/ etc.):

Bisherige erfolgte außerschulische Maßnahmen (Physio-, Ergo-, Logopädie; Psychotherapie; Testungen; etc)

Bereits involvierte Helfersysteme (wenn bekannt):

Medizinische Hinweise

(nur notwendig für die RebbZ-Standorte
Wilhelmsburg und Harburg)

Haus- oder Kinderarzt

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe²

(Grundlage ist die EU-Datenschutz-Grundverordnung DSGVO)

Wir, Frau _____ und Herr _____, erklären uns einverstanden, dass die oben angegebenen personenbezogenen Daten an die Projektleitung vom Projekt „HonigHelden!“ und ggf. an deren Kooperationspartner³ weitergegeben werden.

Die Daten werden von der Projektleitung und der Kooperationspartnerin ausschließlich zur Kontaktaufnahme mit uns, ggf. in meiner Muttersprache mittels eines Dolmetschers, genutzt.

Uns ist bekannt, dass die Einverständniserklärung freiwillig erfolgt und wir die Einwilligung jederzeit einschränken oder widerrufen können.

Hamburg, den

(Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)

² Die Datenweitergabe erfolgt ausschließlich zwischen den Mitarbeitern der BSB und der Projektleitung von „HonigHelden!“

³ Frau Anna Hermes (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin); Frau Agata Antoniuk-Rosenboom (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin);