



## BARMHERZIGE BRÜDER KONVENTHOSPITAL LINZ

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte!

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen diesen Anmeldebogen für eine Kontrolluntersuchung sorgfältig und vollständig aus. Sie erleichtern uns damit die korrekte Einteilung.

Besonders wichtig ist die **aktuelle Fragestellung**.

Der Anmeldung zur Kontrolluntersuchung legen Sie bitte folgende Unterlagen (wenn vorhanden) bei:

- Therapeutische Berichte, Ärztliche und Psychologische Befunde seit der letzten Vorstellung bei uns.
- Integrationsbescheide, Berichte aus dem Kindergarten und der Schule, letztes Schulzeugnis

Erst wenn Ihre Anmeldung komplett mit allen Unterlagen bei uns eingegangen ist, können wir eine Untersuchung Ihres Kindes planen.

Aufgrund der großen Nachfrage kann es zu längeren Wartezeiten kommen.

Eine Anmeldebestätigung erhalten Sie nach Eintreffen der Unterlagen per E-Mail.

Bezüglich der Terminvereinbarung werden wir uns telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Neurologisch linguistischen Ambulanz

# ANMELDUNG ZUR KONTROLLUNTERSUCHUNG

VORSCHULALTER  
0-6 Jahre

## ANGABEN ZUM PATIENTEN/ZUR PATIENTIN:

Mit \* gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

Vorname Kind\*: ..... Familienname\*: .....  
Geburtsdatum\*: ..... Geschlecht: m w  
Muttersprache\*: ..... SV Nr.\*: .....

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von: .....  
Beziehung zum Kind (Vater, Pflegemutter,...): .....  
Adresse (PLZ, Ort, Straße)\*: .....  
Tel.\*: ..... Mail\*: .....

## WARUM MELDEN SIE IHR KIND ZUR KONTROLLUNTERSUCHUNG AN?\*

Mit \* gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

.....  
.....  
.....

## HABEN SIE BEI UNS IM INSTITUT EINEN HAUPTANSPRECHPARTNER?

.....

## BESUCHT IHR KIND EINE(N)\*

Mit \* gekennzeichnete Felder sind verpflichtend.

Krabbelstube	als Regelkind
Kindergarten	als Integrationskind
Vorschule	Heilpädagogische Gruppe
Betreuungssituation*	
Zu Hause	Tagesmutter

## ERHÄLT / ERHIELT IHR KIND BEREITS THERAPIEN?

Ja      Nein

- Logopädie
- Ergotherapie
- Frühförderung
- Physiotherapie
- Andere: .....

Nimmt ihr Kind Medikamente:

Wenn ja, welche: ..... Dosis: .....

## WURDE BEI IHREM KIND BEREITS EINE DER FOLGENDEN DIAGNOSEN GESTELLT?

Wann und von wem?

- Sprachentwicklungsverzögerung
  - ADHS
  - Hörstörung
  - Sehstörung
  - Allgemeiner Entwicklungsrückstand
  - Autismus
  - Körperliche Beeinträchtigung
  - Andere: .....
- .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FRAGEN ZU IHREM LETZTEN BESUCH:

sehr gut      gut      akzeptabel      schlecht

War der letzte Befund für Sie gut verständlich?

Wie gut haben Sie Tipps/Empfehlungen aus dem Befund umsetzen können?

Haben Diagnose und Fördertipps das Verständnis für die Probleme Ihres Kindes verbessert?