

Sonderpädagogik Früh- und Nachschulbereich Kanton Zürich**Anmeldeformular für Ärzt/Innen und andere Fachpersonen**

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung	<input type="checkbox"/> Logopädie
	<input type="checkbox"/> Low Vision heilpädagogische Früherziehung	<input type="checkbox"/> Audiopädagogische Therapie
	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Hörstörung, pädaudiologische Abklärung erbeten	

Personalien / Kontaktdaten			
Kind / Jugendliche/r			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Strasse, Nr.		PLZ/Ort	
Telefon		E-Mail	
Familiensprache/n			
Dolmetscher nötig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sprache	

Eltern	Vater	Mutter
Name		
Vorname		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon/e Eltern		
E-Mail		
Hat das Kind einen Beistand <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name / Adresse		

Anmeldende Fachperson		
Name / Vorname		
Titel / Fachgebiet		
Institution		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon		E-Mail

Anmeldungsgrund/ Fragestellung

Fachstelle Sonderpädagogik

Vor- und Nachschulbereich
Sozialpädiatrisches Zentrum Winterthur



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Medizinische Diagnosen, aktuelle Befunde, durchgeführte / geplante Abklärungen, Beobachtungen, Förderungen / Therapien

Zusätzlich: Gehör, Sehen, Neurologie

Entwicklung des Kindes: Anamnese, aktuelle Befunde, Vorsorge-Untersuchungen

Sprache (Verständnis, Produktion), Kommunikation, Sozialverhalten, Motorik:

Spielentwicklung, Kognition (zwingend auszufüllen):

Familien- und Umfeldsituation

Familie	Betreuungssituation Kind, Geschwister, Belastungen und Sorgen Eltern, Sprachkenntnisse
Umfeld	Spielkontakte, Fremdbetreuung
Fachleute	Kontakte zu anderen Fachpersonen (Mütter- und Väterberatung, Erziehungsberatung, usw.)

Bemerkungen

Anmeldende Stelle: _____

Bitte senden Sie das Formular an untenstehende Adresse.

Fachstelle Sonderpädagogik Standort Winterthur

Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum

Fachstelle Sonderpädagogik

Brauerstr. 15, Postfach, 8401 Winterthur

Telefon: 052 266 20 54, Fax 052 266 35 58

E-Mail: sonderpaed.spz@ksw.ch

Zuständig für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon und Winterthur

Einwilligung zur Anmeldung und Auskunftserteilung

Name:
Vorname
Geb.-Dat.

Ich (bei Volljährigen) bzw. unser Kind wurde bei der Abklärungsstelle (**Fachstelle Sonderpädagogik**) in Zürich/Winterthur angemeldet.

- Die Eltern / Erziehungsberechtigten sind, bzw. der / die volljährige Jugendliche ist mit der Anmeldung bei der Fachstelle Sonderpädagogik einverstanden.
- Die Eltern / Erziehungsberechtigten, bzw. der / die volljährige Jugendliche berechtigen / berechtigt die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen (Kinderarzt, Facharzt: _____, heilpädagogische Früherzieherin, Audiopädagogin, Logopädin, andere: _____) über die Situation des Kindes, bzw. des / der Jugendlichen, sofern dies im Interesse des Kindes oder des / der Jugendlichen für die Abklärung von sonderpädagogischen Leistungen notwendig und geeignet ist.

4T

Datum/Unterschrift(en) Eltern/Jugendliche(r)

Weiterverwendung von Daten für die Forschung

Die von der Abklärungsstelle (Fachstelle Sonderpädagogik) im Zusammenhang mit der Bedarfsabklärung gesammelten Daten werden am Kinderspital Zürich für wissenschaftliche Statistiken und Analysen im Rahmen von Forschungsarbeiten verwendet. Für jegliche Publikationen der wissenschaftlichen Analysen ist die Anonymität der Daten sichergestellt, so dass persönliche Angaben nicht mehr einer bestimmten Person oder Familie zugeordnet werden können. Folgende Fragen sollen genauer untersucht werden: aus welchen Gründen erhalten Kinder welche Massnahmen? Ist die Versorgung im Kanton bedarfsgerecht? Ist sie regional ausgewogen? Weitergehende Informationen zum Forschungsprojekt finden Sie hier: (<https://www.kispi.uzh.ch/fzk/sonderpaedagogik>)

Der/die Jugendliche/Die Eltern berechtigen die Fachstelle Sonderpädagogik, folgende Daten des oben genannten Kindes/Jugendlichen für das genannte Forschungsprojekt zu verwenden:

- Daten der Bedarfsabklärung (Erstabklärung, Massnahmenüberprüfung)
- Daten des Abschlusses der sonderpädagogischen Massnahme (ersichtlich im Abschlussformular).

Ich bestätige, dass

- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist;
- ich genügend über die Verwendung meiner Daten für die Forschung informiert wurde;
- ich weiss, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

4T

Datum/Unterschrift(en) Eltern/Jugendliche(r)