

Sonderpädagogik Früh- und Nachschulbereich Kanton Zürich

Anmeldeformular für Fachpersonen

im Frühbereich (Anmeldung bis spätestens 31.1. vor Kindergarteneintritt)

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Nur für Winterthur möglich: zusätzlich Hörabklärung | <input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung | <input type="checkbox"/> Audiopädagogik <input type="checkbox"/> Low Vision |
| Kindergartenrückstellung <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> definitiv | | |

im Nachschulbereich (Anmeldung nach obligatorischer Schulzeit oder ab Langzeit-Gymnasium)

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> Nur für Zürich möglich: Dyskalkulie | <input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich <input type="checkbox"/> Anderes | <input type="checkbox"/> Audiopädagogik |
| Schule/Klassenstufe: | | |

Personalien Kind/Jugendliche/r

| | | | |
|---|--|---|--|
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Strasse/Nr. | | PLZ/Ort | |
| Telefon/E-mail <small>(wenn volljährig)</small> | | | |
| Hauptsprache des Kindes | | | |

Personalien Eltern

| | | |
|------------------------------|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere _____ | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere _____ |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Strasse/Nr. | | |
| PLZ/Ort | | |
| Telefon | | |
| E-Mail | | |
| Sprachen | | |
| Dolmetscher nötig? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja; Sprache |
| Hat das Kind einen Beistand? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Name/Adresse | | |

Anmeldung durch

| | | | |
|--------------|---------|--|--|
| Name/Vorname | Stempel | | |
| Institution | | | |
| Strasse/Nr. | PLZ/Ort | | |
| Telefon | E-Mail | | |

Anmeldegrund: _____

Angaben zur Entwicklung des Kindes

| |
|--|
| Wichtig: Durchgeführte, geplante oder laufende Abklärungen und Therapien, Diagnosen, Befunde, Beobachtungen |
| Entwicklung von Kognition und Motorik |
| Sprache |
| Interaktion und Verhalten |
| Familien- und Umfeldsituation |
| Bemerkungen |

Einwilligungsformular mit Unterschrift der Eltern / des volljährigen Jugendlichen beigelegt (zwingend)

Datum:

Unterschrift der Fachperson:

Bitte mailen (nur mit geschützter Mailadresse) oder senden Sie das Formular an die zuständige Fachstelle:

| | |
|---|--|
| Standort Zürich: für die Bezirke Affoltern, Dielsdorf, Dietikon, Horgen, Meilen, Uster, Stadt Zürich Kinderspital Zürich, Fachstelle Sonderpädagogik Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich Telefon: 044 266 34 86, Fax 044 266 31 36 E-Mail: sonderpaedagogik@kispi.uzh.ch | Standort Winterthur: für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon, Winterthur Fachstelle Sonderpädagogik Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum Brauerstrasse 15, Postfach 8343, 8401 Winterthur Telefon: 052 266 20 54, Fax 052 266 35 58 E-Mail: sonderpaed.spz@ksw.ch |
|---|--|

Einwilligung zur Auskunftserteilung und Verwendung von Daten

Unser Kind bzw. ich (bei Volljährigen) wurde mit unserem/meinem Einverständnis bei der **Fachstelle Sonderpädagogik** angemeldet:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung zum Datenaustausch (Unzutreffendes bitte streichen)

Wir bzw. ich berechtige/n die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik

- Zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen über die Situation des Kindes, bzw. des/der Jugendlichen, wenn dies für die Abklärung des sonderpädagogischen Bedarfs notwendig ist. Gemeint ist mein Haus- oder Kinderarzt / meine Haus- oder Kinderärztin, Fachärzt*innen, heilpädagogische Früherzieher*innen, Audiopädagog*innen, Logopäd*innen oder

andere: _____

- Abklärungsergebnisse dürfen an die weiterbetreuende(n) Fachperson(en) des Kindes oder Jugendlichen weitergegeben werden. Der/die zuweisende Arzt/Ärztin darf über die Therapieempfehlung der Fachstelle informiert werden und Kopien der Abklärungsberichte erhalten.
- Nach Abschluss der empfohlenen Massnahme darf die Fachstelle über die tatsächlich geleisteten Stunden und den Abschlussgrund informiert werden.
- Falls eine Therapieempfehlung ausgesprochen wird, aber in absehbarer Zeit kein Therapieplatz zur Verfügung steht, dürfen die Personendaten des Kindes bzw. des Jugendlichen an das Amt für Jugend und Berufsberatung weitergegeben werden, das uns/mich bei der Therapieplatz-Suche unterstützen kann.

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

Weiterverwendung von Daten für die Forschung

Wenn Sie einverstanden sind, werden die durch die Fachstelle gesammelten Daten für wissenschaftliche Auswertungen am Universitäts-Kinderspital Zürich genutzt. Diese haben den Zweck, die Versorgung mit sonderpädagogischen Massnahmen im Kanton Zürich zu beschreiben und zu verbessern. Für diese Analysen werden die Namen und Geburtsdaten der Betroffenen aus dem Datensatz gelöscht. Ergebnisse werden nur so veröffentlicht, dass persönliche Angaben nicht mehr einer bestimmten Person oder Familie zugeordnet werden können. Mit Ihrer Unterschrift berechtigen Sie das Universitäts-Kinderspital Zürich, die bei der Bedarfsabklärung erhobenen Daten aus Erstabklärung und Massnahmenüberprüfungen für solche Auswertungen zu verwenden.

Ich bestätige, dass:

- ich mit dieser Verwendung einverstanden bin;
- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist;
- ich weiss, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

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