

NETZWERK KIND

E-Mail: netzwerkkind@bgkk.at

Telefon: 02682/608-5700

Fax: 02682/608-411790



Zuweisung zur Familienbegleitung

Interne Nummer: _____

FAMILIE/ HAUPTBEZUGSPERSON (Name, Alter, Beziehungsverhältnis zum Kind):

KIND/ER (Name/n, Alter, erwarteter Geburtstermin bzw. SSW):

KONTAKTDATEN (Adresse, Telefonnummer, E-Mail):

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE:

ZUWEISUNGSGRÜNDE (eventuell kurze Situationsbeschreibung):

ZUWEISERIN/ ZUWEISER:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Krankenhaus Eisenstadt | <input type="checkbox"/> Hebamme |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Krankenhaus Oberpullendorf | <input type="checkbox"/> Selbstmelder/in |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Krankenhaus Oberwart | |
| <input type="checkbox"/> Psychiater/in | <input type="checkbox"/> Frühförderungsstelle (z.B. Logopädie, Physiotherapie) | |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/in, Psychologe/Psychologin | | |
| <input type="checkbox"/> Familien-/Mutter-/Frauenberatungsstelle | | |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | | |

Profession der zuweisenden Person:

Ansprechperson:

Tel.:

E-Mail:

KONTAKTAUFNAHME ZUR FAMILIE:

- Direkte Kontaktaufnahme der Familienbegleitung zur Familie
 Vorherige Rücksprache mit der oben genannten Ansprechperson/Zuweiser

Zustimmung der Familie (Unterschrift):

Ort, Datum der Zuweisung: