

## Anmeldung zur logopädischen Beratung / Abklärung

### Personalien

<b>Kind</b>	
Name	
Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	
Familiensprache	
Kind besucht	<input type="checkbox"/> Spielgruppe <input type="checkbox"/> Kinderkrippe
Wer hat uns empfohlen	

Eltern	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Strasse, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefon(e)		

### Aktuelle Situation

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> spricht noch nicht               | <input type="checkbox"/> hat von sich aus noch keine Spielideen |
| <input type="checkbox"/> reagiert oft nicht auf Ansprache | <input type="checkbox"/> reagiert mit Rückzug oder Aggression   |
| <input type="checkbox"/> der Wortschatz ist sehr klein    | <input type="checkbox"/> stottert häufig                        |
| <input type="checkbox"/> spricht undeutlich               |   |

Ich bin besorgt: (wählen Sie in der Skala, 1=wenig, 10=sehr)    1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

- Persönliche Fragestellung:

### Anmeldung

- Eltern       Kinderarzt       Spielgruppe       .....

Datum

Unterschrift

Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, das Formular auszudrucken und uns per Post zu zustellen.

LFS Logopädische Frühberatung Schaffhausen, Freier Platz 7, 8200 Schaffhausen

