



Sonderpädagogik Früh- und Nachschulbereich Kanton Zürich Anmeldeformular für Eltern / Erziehungsberechtige / volljährige Jugendliche

im Frühbereich (Anmeldung	bis spätestens 31.1. vor Kir	ndergarteneintritt)		
☐ Logopädie	☐ Heilpädagog	ische Frühe	☐ Audiopädagogik☐ Low Vision		
Kindergartenrückstellung	geplant □ definitiv				
im Nachschulbereich (Anme	eldung nach obligatorischer	Schulzeit oder al	o Langzeit-	Gymnasiun	1)
□ LRS	☐ Nachteilsausgleich			☐ Audiopädagogik	
☐ Nur für Zürich möglich: Dyskalkulie		☐ Anderes			
Schule/Klassenstufe:					
Personalien Kind/Jugendlic	he/r				
Name					
Vorname					
Geburtsdatum				☐ männli	ich 🗆 weiblich 🗆 divers
Strasse/Nr.			PLZ/Ort		
Telefon/E-mail (wenn volljährig)					
Hauptsprache des Kindes					
Personalien Eltern					
	☐ Vater ☐ andere		☐ Mutter	ander	e
Name					
Vorname					
Strasse/Nr.					
PLZ/Ort					
Telefon					
E-Mail					
Sprachen					
Dolmetscher nötig?	☐ Nein		☐ Ja; S _l	orache	
Hat das Kind einen Beistand		□ Ja □ Nein			
Name/Adresse					
Kinderarzt/Hausarzt					
Name/Vorname					
Strasse/Nr.					
PLZ/Ort					
Tolofon/E Mail					

01/2023 1/3

Weitere Fachperson					
Fachgebiet					
Institution					
Name/Vorname					
Strasse/Nr.					
PLZ/Ort					
Telefon/E-Mail					
Weitere Fachperson					
Fachgebiet					
Institution					
Name/Vorname					
Strasse/Nr.					
PLZ/Ort					
Telefon/E-Mail					
Einwilligungsformular mit U Datum:	nterschrift der Eltern / des vol Unterschrift Eltern / Volljäl	lljährigen Jugendlichen beigelegt (zwingend) □			
Datulli.	Ontersonnit Elletti / Volijal	mige.			
Ditto mailon (numerit manel inte	tor Mailadragae) - des ees des Ci	o dos Formular en dio quetindica Foshatalla.			
Standort Zürich: für die Bezirke Affoltern, Diels Meilen, Uster, Stadt Zürich		e das Formular an die zuständige Fachstelle: Standort Winterthur: für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon, Winterthur			
Kinderspital Zürich, Fachstell Steinwiesstrasse 75, 8032 Zü Telefon: 044 266 34 86, Fax E-Mail: sonderpaedagogik@k	urich 044 266 31 36	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			

01/2023 2/3





Einwilligung zur Auskunftserteilung und Verwendung von Daten

Unser Kind bzw.	ich (bei '	Volljährigen)	wurde mit	unserem/	meinem	Einverständnis	bei der	Fachstelle
Sonderpädagog	jik anger	neldet:						

Nan	ne:
Vori	name:
Geb	urtsdatum:
Einv	villigung 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 Therapie-empfehlung 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.
Datı	um/Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte/Jugendliche(r)
Mai	tarvarwandung von Datan für die Forschung

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)

01/2023 3/3