



Frühe Hilfen im Saarland

Anmeldung bitte per Fax an 0681/506-5393

Absender:

Institution/Praxis: _____ Ansprechpartner: _____
Tel zu erreichen: _____ Fax-Nr: _____
Datum / Unterschrift: _____

Daten:

- Einverständnis zur Datenübermittlung im Landesprogramm „Frühe Hilfen im Saarland“ erteilt.

Name der Mutter _____ Name des Vaters _____
Geb. Datum _____ Geb. Datum _____
Aktuelle Adresse _____
Tel. Nr. _____ Geschwister / Alter _____ / _____ / _____

Gesundheitl. / mediz. Zustand der Mutter:

E.T. _____
Soziale Situation :

Name des Kindes _____ geb. _____
Angaben zum Kind

Betreuung Hebamme / Nachsorgehebamme bereits eingeleitet?
Name: _____ Tel: _____

Betreuung Kinderarzt:
Name: _____ Tel: _____

Rückmeldung der Koordinierungsstelle per Fax-Nr:

Ergebnis der Kontaktaufnahme:

- Familienhebamme andere Hilfen geplant
 bisher kein Kontakt

Ansprechpartner: _____ Tel: _____
Datum / Unterschrift: _____

Landesprogramm Frühe Hilfen

Einverständniserklärung

Ich, _____

geboren am _____,

wohnhaft _____

erkläre meine freiwillige Teilnahme am Programm Frühe Hilfen des Saarlandes. Ich bin vorab über das Programm informiert worden.

- Ich willige ein, dass beiliegender Fragebogen in ausgefüllter Form an die Verantwortlichen der Koordinierungsstelle der Gesundheits- und Jugendhilfe meines Landkreises weitergegeben wird, damit mir weitere Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden können.
- Ich bin darüber hinaus mit einer Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.

Datum

Unterschrift