



Frühe Hilfen im Saarland

Absender:

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

Daten:

Einverständnis zur Kooperation im Projekt „Frühe Hilfen im Saarland“ erteilt.

Name der Mutter _____ Name des Vaters _____
Geb. Datum _____ Geb. Datum _____
Aktuelle Adresse _____
Tel. Nr. _____ Geschwister kinder: _____ geb. _____
Handy: _____ geb. _____
_____ geb. _____

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 an Fax-Nr: _____

Ergebnis der Kontaktaufnahme:

Familienhebamme andere Hilfen geplant
 bisher kein Kontakt

Ansprechpartner (Koordinationsstelle):

Name: _____ Tel: _____

Datum / Unterschrift: _____

Koordinierungsstelle Beate Rehlinger

Tel. 06831 / 444-535

Fax 06831 / 444-600

Einverständniserklärung

zum Antrag auf Unterstützung im Rahmen des Landesprogramms

Frühe Hilfen im Saarland:

Ich, _____

geboren am _____,

wohnhaft _____

- bin im vorab über das Landesprogramm informiert worden.
- willige ein, dass beiliegender Anfragebogen 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.
- bin darüber hinaus mit einer Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.

Datum

Unterschrift