

Netzwerkarbeit Frühe Hilfen

Koordinatorin: Silke Cohrs, Tel: 05162 970-499, E-Mail: s.cohrs@heidekreis.de

Fax: 05162 970-99499 oder Vertretung

Aufnahmebogen: Angebot Familienhebamme/FGKiP

Datum _____

Mitteilung von: _____ Tel./E-Mail: _____

Name der Familie: _____

Wohnort: _____
PLZ Ort Straße Nr.

Telefon/ E-Mail _____

Angaben zum Kind/zu den Kindern

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Größe (cm)	Geburtsgewicht (g)	wohnhaft
1						
2						
3						

Gibt es Unterstützung in der Familie? (insbesondere Hilfen durch das Jugendamt)

ja, welche? _____

nein _____

Unterstützung wird gewünscht im Bereich:

Schwangerschaft / Geburt _____

Interaktion/ Beziehung zwischen Mutter/Eltern und Kind _____

Schreikind _____

Krankheit des Kindes/der Mutter/der Eltern _____

Umgang mit einem Säugling _____

Alltagsbewältigung mit einem Säugling _____

Förderung der Kompetenzen der Mutter/der Eltern _____

Sonstiges - Förderung in anderen Bereichen _____

Anmerkungen: _____

Die Familie wurde über die Weitergabe der Daten an die Koordinatorin Frau Cohrs (bzw. ihre Vertretung) und die Familienhebamme informiert und erklärt hiermit ihr Einverständnis.

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter/ Familie