

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 _____