

**Bitte im geschlossenen Briefkuvert zurücksenden**

Name des Kindes: .....

geb. am: ..... in .....

Anschrift: Straße .....

PLZ ..... Ort .....

Telefon ( für eventuelle Rückfragen ): .....

- Liegt bei Ihrem Kind
- eine seelische Behinderung
  - eine geistige Behinderung
  - eine körperliche Behinderung vor?

Liegt eine Empfehlung zur Beschulung durch den Diagnostischen Dienst des staatlichen Schulamtes vor?  
Bitte fügen Sie diese den Antragsunterlagen bei.

Legen Sie dem Antrag bitte eine kurze Einschätzung zur Notwendigkeit einer individuellen Beförderung von der Schule bei.

An welchen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen leidet Ihr Kind?  
Legen Sie bitte vorhandene fachärztliche Befunde bei.

-  
-

Gibt es zurzeit Sorgen/Beschwerden?

-

Hat Ihr Kind einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grad.....
Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	GdB ..... MZ .....
Ist Ihr Kind sehbehindert / hörbehindert?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ist Ihr Kind mit Hilfsmitteln versorgt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Wie ist das Verhalten in der Schule und zuhause?	<input type="checkbox"/> ungestört	<input type="checkbox"/> gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen	
Wie gut kann sich Ihr Kind örtlich und zeitlich orientieren?	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> allein
Wie gut kann Ihr Kind lesen?	<input type="checkbox"/> erliest Wörter		<input type="checkbox"/> liest gut
Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein?			
Bei welchen Fachärzten ist Ihr Kind in Behandlung oder Kontrolle?			

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Sorgeberechtigten



Gesundheitsamt Greifswald  
Feldstraße 85 a  
17489 Greifswald  
Tel: 03834 / 8760 - 2410  
2411

Gesundheitsamt Anklam  
Leipziger Allee 26  
17389 Anklam  
Tel: 03834 / 8760 - 2422

Gesundheitsamt Pasewalk  
An der Kürassierkaserne 9  
17309 Pasewalk  
Tel: 03834 / 8760 - 2457

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname des Kindes

geb. am

Anschrift des Kindes:

Anlass:

- Ich entbinde hiermit den Arzt des Gesundheitsamtes Vorpommern-Greifswald, der die amtsärztliche Untersuchung durchführt, gegenüber der anfordernden Behörde von der Schweigepflicht.
- Das gleiche gilt für den Arzt / die Ärzte, von denen der Arzt des Gesundheitsamtes Auskünfte oder Krankengeschichten einholen muss, soweit das für den Zweck der heutigen Untersuchung erforderlich ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass zur Begutachtung die im Gesundheitsamt Vorpommern-Greifswald vorliegenden Akten herangezogen werden dürfen.

Die Entbindung gilt nur im Rahmen des o. g. Anlasses und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/n