

**UK-Beratung – Bedarfsermittlungsbogen**

**Daten zum Kind/zum Klienten oder zur Klientin**

**Familienname** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Vorname** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sozialversicherungsnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

zuständige Krankenkasse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geschlecht  weiblich  männlich  divers

**Adresse**

Straße Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Postleitzahl, Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Versicherte/r: (Name)** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

SV-Nummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Telefonnummer Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail-Adresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**zuständige/r Arzt/Ärztin** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**behandelnde/r Therapeut\*in** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Welche Institution besucht das Kind/der oder die Klient\*in?**

Spielgruppe bzw. Kleinkindbetreuung  Tagesmutter

Kindergarten  Schule

andere Einrichtung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wichtige Informationen zur Person im Hinblick auf die Versorgung**

Diagnose/n Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sehen, Hören Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Motorik Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wer füllt diesen Bogen aus?**

Elternteil  Therapeut\*in  Pädagoge/in

**Beratungssituation**

Erstkontakt:  ja  nein

Fragen/Themen, die wir ansprechen möchten:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie kommuniziert das Kind/der oder die Klient\*in bisher?**

Personen und/oder Dinge werden mit dem Blick verfolgt

Person kann einzelne Laute und/oder Wörter sprechen

Welche: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Person kann kurze Sätze bilden

Sprache in der Familie:  einsprachig  mehrsprachig

Welche: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Das wird bereits zur Unterstützung der Kommunikation verwendet**

Handzeichen/Gebärden

Symbole einzeln, auf einer Tafel oder in einer Mappe

Sprachausgabegerät:

Talker oder Stift mit Sprachausgabe

iPad

Augensteuerung

**Mit wem soll der Termin vereinbart werden? Name, Telefonnummer, Mail**

Elternteil  Therapeut\*in  Pädagoge/in

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke einer optimalen Beratung erhobene – auch medizinische – Daten zur Auswertung auf diesem Fragebogen festgehalten werden. Dieser Fragebogen wird ausschließlich von dem am Verfahren beteiligten Fachpersonal genutzt. Ferner bin ich darüber informiert, dass die Beantwortung der Fragen freiwillig ist und nachteilige Folgen einer Nichtbeantwortung sich nicht ergeben. Es kann in diesem Fall jedoch möglicherweise keine optimale Versorgung sichergestellt werden.

**Datum** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Unterschrift** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Bitte retournieren Sie den Fragebogen per Mail an: uk@schulheim.at**