

## Fragebogen des Gesundheitsamtes zum Antrag auf Eingliederungshilfe § 53 SGB XII für Kinder

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Anschrift (Straße, PLZ Ort)	, Telefon
-----------------------------	-----------

---

E-mail der Eltern	Schule und Klasse
-------------------	-------------------

### Personalien:

#### Vater:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

#### Mutter:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

### Personensorgeberechtigt:

Eltern  nur Vater  nur Mutter  Jugendamt (Amtsvormundschaft)  Pflegeeltern

Ggf. Anschrift Pflegeeltern:  
\_\_\_\_\_

### Eltern:

verheiratet  nicht verheiratet  leben getrennt  geschieden  in neuer Partnerschaft lebend

### Geschwister und Halbgeschwister (Bitte Geschlecht der Kinder und Geburtsjahre angeben)

in der Familie: \_\_\_\_\_, außerhalb der Familie: \_\_\_\_\_

### Ihnen bekannte ärztliche Diagnosen / Grund des Antrags:

---

---

### Welche Therapien wurden bisher durchgeführt

---

---

**Besonderheiten in der Schwangerschaft und bei der Geburt:**

Frühgeburt  in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

---

---

**Auffälligkeiten in der Entwicklung Ihres Kindes:**

---

---

---

**Durch wen und wann wurden die Störungen der Entwicklung bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen Ihres Kindes erstmals bemerkt?**

Eltern/Pflegeeltern  Kinderarzt  Hausarzt  Kindergarten

Andere  \_\_\_\_\_

**Beschreiben Sie bitte die jetzt bestehenden Beeinträchtigungen Ihres Kindes**

Verglichen mit anderen Kindern gleichen Alters oder der Entwicklung der Geschwisterkinder fallen folgende, deutliche Beeinträchtigungen auf:

---

---

**Bisherige Förderung:**

keine Einrichtung besucht

Kindergarten  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sonstige Einrichtung/Förderung  von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Namen und Orte der Einrichtungen/Förderungen:**

---

---

**Ist Ihr Kind durch seine Beeinträchtigung ein Außenseiter im Kindergarten/in der Schule?**

Ja

Nein

**Wenn ja, woran haben Sie das festgestellt?**

---

---

---

---

Heilbronn, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der Eltern / Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

---

Bitte schicken Sie alle vorhandenen Unterlagen (Arzt- und Krankenhausberichte, Röntgenbilder, Laborbefunde, etc.), die die Gesundheitsstörung Ihres Kindes betreffen zusammen mit diesem ausgefüllten Fragebogen an die Stelle, an der Sie den Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt haben.

Sofern Ihr Kind unter starken Konzentrationsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, ADHS, ständiger Unruhe, Verhaltensauffälligkeiten oder starker Ängstlichkeit leidet, ist ein kinder- und jugendpsychiatrischer Befund oder ein Befund des Sozialpädiatrischen Zentrums beizufügen.

**Bitte beachten Sie:**

**Erst wenn alle Unterlagen vorliegen, kann im Gesundheitsamt entschieden werden, welche Art der Untersuchung erforderlich ist, sodass Sie einen Termin bekommen.**