

Informationsfragebogen

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an uns zurück.
Vielen Dank!

Personalien des Hilfeempfängers

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Anschrift

Straße, Haus-Nr.	
PLZ/Wohnort	
Schule	
Klasse/Klassenlehrerin	

Personalien der Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Telefon		
Beruf		
Email		

Hiermit beantrage Ich / Wir als Erziehungsberechtigte eine Autismustherapie.

Datum:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigter:

Diagnose

Liegt eine Diagnose vor?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ <input type="checkbox"/> Nein
Von wem / wo wurde die Diagnose gestellt?	
Datum der Diagnosestellung	
Krankenkasse	
Behandelnder Kinderarzt?	

Bisherige Hilfe

Waren Sie / Ihr Kind bisher in Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo?	Therapiepraxis / -zentrum ↓
<input type="checkbox"/> Autismustherapie	
<input type="checkbox"/> Logopädie	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Informationen zur Kostenübernahme

Wurde die Kostenübernahme für die Autismustherapie bei dem jeweiligen Kostenträger (Sozialamt oder Jugendamt) von Ihnen bereits beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt Ihnen bereits eine Bewilligung für die Autismustherapie von dem jeweiligen Kostenträger (Sozialamt oder Jugendamt) schriftlich vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein