



Anmeldung

Kind

Vorname

Name

IV-Nummer

Diagnose

Brillenpass

opt. Hilfsmittel

Geschlecht

Geburtstag

Muttersprache

Visus

Eltern / Erziehungsberechtigte

Vorname

Name

Strasse

PLZ /Ort

Telefon 1

Telefon 2

Fax

Email

behandelnde Ärzte

Name, Adresse

Name, Adresse

Telefon

Telefon



Lehrpersonen / Therapeuten

Name, Adresse

Telefon

Name, Adresse

Telefon

- Heilpädagogische Früherziehung
- Rhythmik für sehbehinderte Kinder
- Pädagogisch-funktionelle Low Vision Abklärung
- Low Vision Beratung
- Low Vision Reihenuntersuchung und Beratung
- Schulreifeabklärung
- Laufbahnberatung
- Fachberatung für Lehrpersonen und Therapeuten

- Eltern
- Arzt / Spital
- Therapiestelle
- Beratungsstelle
- HFE
- HDP
- Kindergarten
- Schule

Fragestellung



Unterschrift der Eltern / der Erziehungsberechtigten Leer Lassen

Ort, Datum

Unterschrift

Anmeldung t/p/f/m

LV Abklärung

HFE