



# ANMELDUNG von Kindern

Nr.
-----

für eine logopädische Abklärung

---

Kind	
Name:	Vorname:
Strasse:	Geburtsdatum:
Klasse:	PLZ / Ort:
Erstsprache:	Lehrperson:

Sorgeberechtigte Eltern	
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Beruf:	Beruf:
Telefon privat:	Mobil:
Mobil:	
E-Mail:	E-Mail:
Sprache:	Sprache:
Vorname und Jahrgang weiterer Kinder:	

Eine **Übersetzungshilfe** wird gewünscht:    nein    ja    für das Kind    für die Eltern

**Zugewiesen** von    Lehrperson    Arzt    Schulpsychologischer Dienst    Eltern

Name der Lehrperson: \_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes: \_\_\_\_\_

### Anmeldegrund (mehrere Kreuze möglich)

- |                                     |                                    |   |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aussprache | <input type="checkbox"/> Redefluss | <input type="checkbox"/> Sprachverständnis    |
| <input type="checkbox"/> Wortschatz | <input type="checkbox"/> Grammatik | <input type="checkbox"/> auditive Wahrnehmung |



**KANTON  
APPENZEL INNERRHODEN**

*Weitere Beobachtungen:*

*Welche Fragen sollen geklärt werden?*

**Einsenden an:  
Erziehungsdepartement, Fachbereich Besondere Förderung  
Hauptgasse 51, 9050 Appenzell / E-Mail: [janine.breitenmoser@ed.ai.ch](mailto:janine.breitenmoser@ed.ai.ch)**



### Bisherige Abklärungen

Folgende Abklärungen fanden bereits statt:

SPD-Abklärung    Ergotherapie    Hörabklärung Kinderarzt    HNO-Abklärung

Wann fand/en sie statt: \_\_\_\_\_

### Bisherige Therapien

Erhielt das Kind früher irgendwelche Therapien oder Unterstützung?    nein    ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Hintergrundinformationen

Nutzt ihr Kind Betreuungsangebote?

Kindertagesstätte    Spielgruppe, welche? \_\_\_\_\_

Tagesmutter    Schulergänzende Betreuung    MUKI-Turnen    \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r



\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r



\_\_\_\_\_

*Wir weisen Sie darauf hin, dass die Abklärungsergebnisse in einem logopädischen Bericht festgehalten werden und eine Akte von ihrem Kind erstellt wird. Mit der Anmeldung und Ihrer Unterschrift entbinden Sie die Mitarbeitenden des Logopädischen Dienstes, die Lehrpersonen, die Schulische Heilpädagoginnen / Heilpädagogen sowie die Schulpsychologinnen / Schulpsychologen von ihrer gegenseitigen Schweigepflicht vor und nach der Abklärung sowie während der Therapiedauer. Der Austausch dient dem Ermitteln von Ressourcen und Bedürfnissen des Kindes sowie dessen bestmöglicher Unterstützung. Sollten Sie mit dieser Aufhebung der Schweigepflicht nicht einverstanden sein, bitten wir Sie dies hier zu vermerken:*

\_\_\_\_\_

Einsenden an:

Erziehungsdepartement, Fachbereich Besondere Förderung

Hauptgasse 51, 9050 Appenzell / E-Mail: [janine.breitenmoser@ed.ai.ch](mailto:janine.breitenmoser@ed.ai.ch)