

Familienbegleitung Frühe Hilfen Landkreis Kassel

An die

Frühen Hilfen LK KS

Wilhelmshöher Allee 19-21

34117 Kassel

Tel. 0561 1003-1229

Fax 0561 1003-1324

Silvia-nagy@landkreiskassel.de

Bedarfsbogen für eine

Familienbegleitung

Name der Mutter \*



Name des Vaters



Name des Kindes / der Kinder



Geburtsdaten \*



Anschrift \*



Muttersprache (bei eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen)



Telefon \*



Folgende Lebenssituation stellt sich dar \*



Im Rahmen der Gesundheitsversorgung ist eine Hebamme in der Familie tätig: \*

JA

NEIN

Falls JA, Name der Hebamme:



**Einverständnis:**

 Wir bitten um Kontaktaufnahme durch eine Mitarbeiterin der Frühen Hilfen. \*

 Hiermit willige ich ein, dass meine Daten für die Kontaktaufnahme an eine Mitarbeiterin der Frühen Hilfen bzw. eine Familienhebamme / Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpflegerin weitergegeben werden. \*

Ich akzeptiere die Nutzungsbedingungen und habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen (siehe Impressum). \*

\*Bitte die Felder mit Sternchen ausfüllen.\*



abschicken