

Information für die/den Haus-/Kinderarzt/-ärztin

An

Abs.:

Sehr geehrte Frau/ Herr Dr. _____!

Datum: _____

Im Interesse einer guten Entwicklung des Kindes _____ geb.: _____

aus der _____ (Name des KiFaZ/ der Grundschule) haben wir die Eltern um

Vorstellung ihres Kindes in der Praxis gebeten. Herzlichen Dank vorab für Ihre Unterstützung!

Beobachtungen/ Details aus dem Alltag:

Betroffene Entwicklungsbereiche:

Sehen Hören Sprache Feinmotorik Grobmotorik Wahrnehmung

Aufmerksamkeit Verhalten Sonstiges: _____

Bei Rückfragen steht Ihnen gerne als Ansprechpartner*in Frau/Herr _____ zur Verfügung.

Tel.: _____ Mail: _____

Wir erklären uns als Erziehungsberechtigte des Kindes mit einem Austausch zwischen Arzt/Ärztin/ Therapeut*in/ und Kindertagesstätte/ Schule /Klassenlehrer*in/Netzwerk-Lehrkraft/BFZ-Lehrkraft einverstanden/ nicht einverstanden.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____