

bitte ausfüllen soweit bekannt ↓ und zurücksenden

Datum: .....

Vor- & Nachname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Ansprechpartner: .....

Krankenkasse: ..... Vers.-Nr.: .....

Augenarzt: .....

Hausarzt: .....

Behindertenausweis: ja:..... Grad: ..... %    nein:.....    ist beantragt: .....

Merkzeichen: B:..... ,G:..... ,aG:.....,H:..... ,RF:..... ,Bl:.....,hS:.....,Gl:.....

Eintritt visuelle Behinderung: .....

Befund: .....

.....

Zusätzliche Erkrankungen: .....

.....

Zusätzliche Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung:

Tasten: ..... Motorik / Gleichgewicht: ..... Hören: .....

Feinmotorik: ..... Riechen: ..... Schmecken: .....

Bisherige Schulung: .....

Neigungen / Interessen .....

.....

Zielsetzung: .....

.....

Hiermit stimme ich zu gelegentlich Informationen per Mail zu erhalten.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift