

Bedarfsmitteilung zur Betreuung durch eine Familienhebamme im Landkreis Börde

Code der Familie _____

(von der Netzwerkstelle auszufüllen)

Vermittelnde Stelle (Name/Einrichtung und Telefonnummer für Rückfragen)	
Datum der Bedarfsmitteilung:	
Voraussichtlicher Entbindungstermin/ Geburtsdatum des Kindes:	
Name, Adresse und Telefonnummer der Familie: (Bei Wunsch nach anonymer Betreuung bitten wir um telefonische Kontaktaufnahme)	
Erhält die Familie bereits Hilfen über den ASD? Wenn bekannt, welche?	
Situationsbeschreibung:	
Erforderlicher Förderbedarf / Ziel der Hilfe:	
Möchte die Mutter/ der Vater die Begleitung freiwillig in Anspruch nehmen? Wurde dem Kontakt zu den Frühen Hilfen zugestimmt?	

Auftragserteilung:

Die Koordinationsstelle Frühe Hilfen des Landkreises Börde erteilt der Familienhebamme/ der Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenschwester _____ den Auftrag zur Betreuung des o.g. Falles. Datum Hilfebeginn: _____
_____ Datum und Unterschrift, Koordinierende