

# Fachstelle Sonderpädagogik

Vor- und Nachschulbereich  
Sozialpädiatrisches Zentrum Winterthur



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

## Sonderpädagogik Früh- und Nachschulbereich Kanton Zürich

### Anmeldeformular für Eltern / Erziehungsberechtigte / volljährige Jugendliche

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> Heilpädagogische Früherziehung	<input type="checkbox"/> Logopädie
	<input type="checkbox"/> Low Vision heilpädagogische Früherziehung	
	<input type="checkbox"/> Audiopädagogische Therapie	

#### Personalien / Kontaktdaten

<b>Kind / Jugendliche/r</b>			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Strasse, Nr.		PLZ / Ort	
Telefon		E-Mail	
Familiensprache/n			
Dolmetscher nötig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sprache	
<b>Eltern</b>	<b>Vater</b>	<b>Mutter</b>	
Name			
Vorname			
Strasse, Nr.			
PLZ, Ort			
Telefon Eltern			
E-Mail			

#### Anmeldungsgrund:

--

#### Kinderarzt / Hausarzt

Name / Vorname	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
E-Mail / Telefon	

## Fachstelle Sonderpädagogik

Vor- und Nachschulbereich

Sozialpädiatrisches Zentrum Winterthur



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

<b>Weitere Fachperson</b>	
Name / Vorname	
Fachgebiet / Institution	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
E-Mail / Telefon	

<b>Weitere Fachperson</b>	
Name / Vorname	
Fachgebiet / Institution	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
E-Mail / Telefon	

Bitte senden Sie das Formular an untenstehende Adresse.

<p><b>Fachstelle Sonderpädagogik Standort Winterthur</b> Kantonsspital Winterthur, Sozialpädiatrisches Zentrum Fachstelle Sonderpädagogik Braucherstr. 15, Postfach, 8401 Winterthur Telefon: 052 266 20 54, Fax 052 266 35 58 E-Mail: <a href="mailto:sonderpaed.spz@ksw.ch">sonderpaed.spz@ksw.ch</a> Zuständig für die Bezirke Andelfingen, Bülach, Hinwil, Pfäffikon und Winterthur</p>
---

## Einwilligung zur Anmeldung und Auskunftserteilung

Name:  
Vorname  
Geb.-Dat.

Ich (bei Volljährigen) bzw. unser Kind wurde bei der Abklärungsstelle (**Fachstelle Sonderpädagogik**) in Zürich/Winterthur angemeldet.

- Die Eltern / Erziehungsberechtigten sind, bzw. der / die volljährige Jugendliche ist mit der Anmeldung bei der Fachstelle Sonderpädagogik einverstanden.
- Die Eltern / Erziehungsberechtigten, bzw. der / die volljährige Jugendliche berechtigen / berechtigt die Mitarbeitenden der Fachstelle Sonderpädagogik zum schriftlichen und mündlichen Austausch mit anderen Fachpersonen (Kinderarzt, Facharzt: \_\_\_\_\_, heilpädagogische Früherzieherin, Audiopädagogin, Logopädin, andere: \_\_\_\_\_) über die Situation des Kindes, bzw. des / der Jugendlichen, sofern dies im Interesse des Kindes oder des / der Jugendlichen für die Abklärung von sonderpädagogischen Leistungen notwendig und geeignet ist.

4T

---

Datum/Unterschrift(en) Eltern/Jugendliche(r)

## Weiterverwendung von Daten für die Forschung

Die von der Abklärungsstelle (Fachstelle Sonderpädagogik) im Zusammenhang mit der Bedarfsabklärung gesammelten Daten werden am Kinderspital Zürich für wissenschaftliche Statistiken und Analysen im Rahmen von Forschungsarbeiten verwendet. Für jegliche Publikationen der wissenschaftlichen Analysen ist die Anonymität der Daten sichergestellt, so dass persönliche Angaben nicht mehr einer bestimmten Person oder Familie zugeordnet werden können. Folgende Fragen sollen genauer untersucht werden: aus welchen Gründen erhalten Kinder welche Massnahmen? Ist die Versorgung im Kanton bedarfsgerecht? Ist sie regional ausgewogen? Weitergehende Informationen zum Forschungsprojekt finden Sie hier:

(<https://www.kispi.uzh.ch/fzk/sonderpaedagogik>)

Der/die Jugendliche/Die Eltern berechtigen die Fachstelle Sonderpädagogik, folgende Daten des oben genannten Kindes/Jugendlichen für das genannte Forschungsprojekt zu verwenden:

- Daten der Bedarfsabklärung (Erstabklärung, Massnahmenüberprüfung)
- Daten des Abschlusses der sonderpädagogischen Massnahme (ersichtlich im Abschlussformular).

Ich bestätige, dass

- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist;
- ich genügend über die Verwendung meiner Daten für die Forschung informiert wurde;
- ich weiss, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

4T

---

Datum/Unterschrift(en) Eltern/Jugendliche(r)