

Anmeldung/formular zur Anfrage einer DAMA Visite

Vor und Nachname	
Geburtsort und Geburtsdatum	
Art der Behinderung	
Ansprechpartner für Eltern oder Betreuer	
Erziehungsberechtigte/er	
Wohnort (Familie, tagesstätte, usw)	
Hausarzt	
Zu Spezialist der Sie Zugewissen hat	
Aktuelles Problematik	
Erforderliche Leistung	
Sprachverständnis Kommunikation verbal/non verbal	
Typische verhaltensweisen	
Ist sie/er Kooperativ?	
Situationen, die es zu vermeiden gilt	
Sensorische Schwierigkeiten	
Schwierigkeiten in der Mobilität	
Verhaltensweisen, die die Annäherung erleichtern	
Etwaige Hilfsmittel	

Ort/Datum: _____

Unterschrift elternteil/Fürsorgeberechtigter