

# Förderzentrum Förderschwerpunkt Hören

## Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)

Schule: Telefon: 089 95728-3002  
SVE: Telefon: 089 95728-3801

Fax: 089 957283000

e-mail: [sekretariat@fzhm.de](mailto:sekretariat@fzhm.de)  
e-mail: [wohl@fzhm.de](mailto:wohl@fzhm.de)

Förderzentrum Förderschwerpunkt Hören  
SVE, Frau Wohl  
Musenbergstr. 32  
81929 München

- Päd. - Audiolog. Beratungsstelle
- SVE
- Grundschulstufe
- Mittelschulstufe

## Anfrage zur Aufnahme: SVE

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der Mutter

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Vaters

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Tel.privat

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
E-Mail

➤ **Hörstatus:** Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

➤ **Sorgerecht:** gemeinsam  Mutter  Vater

**Kind:**

➤ **Hörstörung:** ja  nein

• Wann wurde die Hörstörung festgestellt? \_\_\_\_\_

• Art der Hörstörung: \_\_\_\_\_

➤ **Hörgeräte:**

• Trägt Ihr Kind Hörgeräte? ja  nein  / einseitig  beidseitig

• Hörgeräteversorgung seit: \_\_\_\_\_

➤ **Cochlea-Implant:**

• Trägt Ihr Kind ein CI? ja  nein  / einseitig  beidseitig

• CI-Versorgung seit: \_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind sonstige Beeinträchtigungen / weiteren Förderbedarf?**

(z.B. Verdacht auf AVWS, Paukenergüsse, Fehlbildungen, Syndrome, Entwicklungsverzögerung, usw.)

Bitte kurze Beschreibung

---

**Sauberkeitserziehung abgeschlossen:** ja  nein

**Haben Sie Kontakt oder werden Sie von einer unserer Abteilungen betreut?**

Bitte geben Sie an, von wem Sie betreut werden!

Päd.- Audiologische Beratungsstelle - betreut von: \_\_\_\_\_

Mobile sonderpädagogische Hilfe (MSH-Hören) – betreut von: \_\_\_\_\_

**Erhält Ihr Kind Frühförderung?**

Bitte geben Sie an, von wem Sie betreut werden!

BLWG - betreut von: \_\_\_\_\_

Regens Wagner – betreut von: \_\_\_\_\_

Allg. Frühförderung – betreut von: \_\_\_\_\_

Logopädie – betreut von: \_\_\_\_\_

MSH(Sehen, Lernen, ...) – betreut von: \_\_\_\_\_

**Welche Einrichtung besucht Ihr Kind zurzeit?**

Kinderkrippe, Name: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Kindergarten, Name: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie dieser Aufnahmeanfrage unbedingt bei:**

- Bericht der Frühförderung / MSH / Logopädie
- phoniatriisch-pädaudiologischen Klinikbericht
- psychologischen Klinikbericht bzw. allg. Entwicklungsbericht (Kiga / Krippe)
- Audiogramm (aktuelle Hörkurve)
- evtl. weitere medizin. Berichte und Diagnosen

Nach Durchsicht Ihrer Unterlagen werden Sie von uns über das weitere Vorgehen informiert.

Eine Aufnahme in die SVE des Förderzentrums Hören München beinhaltet nicht gleichzeitig die weitere Aufnahme in die Schule des Förderzentrums Hören.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten