

An die
Fachstelle Frühe Hilfen
Landkreis Fulda
Wörthstr. 15
36037 Fulda

Fax: 0661- 6006 9499 / E-Mail: fruehe-hilfen@landkreis-fulda.de

Telefon: 0661- 6006 9483

BEDARFSMELDUNG im Rahmen der Frühen Hilfen

Für eine Gesundheitsfachkraft (Familienhebamme/ Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin)

Familienbegleitung Familienunterstützung

Name der Mutter			
Name des Vaters			
Name des Kindes	Geburtsdatum	ODER	
	vorauss. Entbindungstermin		
Anschrift			
Telefon			

FOLGENDE PROBLEMSTELLUNG LIEGT VOR (stichwortartig)

Eine Hebamme ist im Rahmen der Gesundheitsversorgung schon tätig? Wenn JA, Name der Hebamme:	_____

Hiermit willige ich ein, dass mein Name und Anschrift sowie eine kurze Beschreibung meiner Lebenssituation an die Fachstelle Frühe Hilfen des Landkreises Fulda und an die Fachstelle Frühe Hilfen der Stadt Fulda übermittelt werden. Zweck der Übermittlung ist, dass eine Familienhebamme, Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Familienbegleitung, Beratung und Unterstützung in familiären Angelegenheiten anbietet.

Ort/Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

