



## Anforderung der Mobilen Sonderpädagogischen Hilfe im Hören (MSH-H)

| Dem Antrag bitte beifügen:                                                                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisse ärztlicher Diagnostik</li> <li>- Berichte anderer Fachdienste (falls vorhanden)</li> </ul> |  |

| 1. Angaben zum Kind |                                                                                               |            |                                                                                                                |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname       | Geburtsdatum                                                                                  | Geburtsort | Bekenntnis                                                                                                     |
| Staatsangehörigkeit | Mehrsprachigkeit, wenn ja welche<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |            | Art der Hörschädigung<br><input type="checkbox"/> peripher <input type="checkbox"/> zentral (AVWS)             |
|                     |                                                                                               |            | weiterer Förderschwerpunkt, wenn ja welcher<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ |
| Mutter              | <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt        |            |                                                                                                                |
|                     | Name, Vorname                                                                                 | Adresse    | Telefon/E-Mail                                                                                                 |
| Vater               | <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigt        |            |                                                                                                                |
|                     | Name, Vorname                                                                                 | Adresse    | Telefon/E-Mail                                                                                                 |

| 2. Angaben zum Besuch einer / bzw. Betreuung durch eine Einrichtung |                       |                                                              |                       |                                                              |                       |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Frühförderung                                                       | Name der Einrichtung  | Krippe                                                       | Name der Einrichtung  | Kindergarten/-<br>tagesstätte oder<br>SVE                    | Name der Einrichtung  |
|                                                                     |                       |                                                              |                       |                                                              |                       |
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein        | Besuchsjahre/Zeitraum | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Besuchsjahre/Zeitraum | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Besuchsjahre/Zeitraum |
|                                                                     |                       |                                                              |                       |                                                              |                       |
| Adr. /Tel.Nr./Ansprechpartner                                       |                       | Adr. /Tel.Nr./Ansprechpartner                                |                       | Adr. /Tel.Nr./Ansprechpartner                                |                       |
|                                                                     |                       |                                                              |                       |                                                              |                       |

| 3. Weitere Informationen                                                                                  |          |                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|--|
| Was?                                                                                                      | Bei wem? | von ... bis ... |  |
| <b>bisherige Fördermaßnahmen/<br/>Fachdienste</b><br>Ergotherapie, Logopädie, Kinder-u.<br>Jugendhilfe... |          |                 |  |
| <b>Kontakt zu Institutionen</b><br>Jugendamt, Erziehungsbeistand, Arzt,<br>weitere Fachdienste, ...       |          |                 |  |
| <b>Technische Hilfsmittel</b><br>Hörgerät, Cochleaimplantat, Digitale<br>Übertragungsanlage (DÜA), ...    |          |                 |  |



## Entbindung von der Schweigepflicht

Für die Abklärung des behinderungsspezifischen Unterstützungs- und Förderbedarfs ist ein Austausch zwischen der MSH-Lehrkraft, der Kindertagesstätte und allen weiteren beteiligten Institutionen erforderlich.

Hiermit entbinde/n ich/wir,

\_\_\_\_\_

die/den MSH-Mitarbeiter/in

\_\_\_\_\_

von ihrer/seiner Schweigepflicht über mein/unser Kind

\_\_\_\_\_

geboren am

\_\_\_\_\_

gegenüber folgenden Institutionen: Bitte Namen / Adr. /Tel. angeben

☐ behandelnde Ärzte:

\_\_\_\_\_

☐ Kliniken:

\_\_\_\_\_

☐ Therapeuten/Fachdienste:

\_\_\_\_\_

☐ Krippe/Kindergarten/SVE:

\_\_\_\_\_

☐ Hörgeräteakustiker:

\_\_\_\_\_

so wie die genannten Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der/dem MSH-Mitarbeiter/in.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt für die Dauer der Betreuung des genannten Kindes durch die Mobile Sonderpädagogische Hilfe im Hören und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

|             |                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigten/r: |
|-------------|-------------------------------------------------|

### Hinweise zum Datenschutz nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die erfolgreiche Zusammenarbeit und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu werden personenbezogene Daten verarbeitet. Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit der MSH. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Zusammenarbeit nicht erfolgen. Wir übermitteln die personenbezogenen Daten nicht an Dritte. Empfänger der personenbezogenen Daten ist ausschließlich die/der MSH-Mitarbeiter/in sowie deren zuständiges Förderzentrum. Die personenbezogenen Daten werden nur solange aufbewahrt, wie dies für die Durchführung des MSH erforderlich bzw. durch gesetzliche Vorgaben geregelt ist. Die Einsicht in die erhobenen Daten können jederzeit bei der/dem MSH-Mitarbeiter/in beantragt werden.

*Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 BDSG bzw. bei Schulen in kirchlicher Trägerschaft die vergleichbare Verordnung der evangelischen/katholischen Kirche.*