



## Anmeldeformular Audiopädagogische Dienste

Der audiopädagogische Dienst Frühförderung ist zuständig für Kinder ab der Diagnosestellung bis Ende Kindergarten; der audiopädagogische Dienst Beratung & Förderung begleitet und unterstützt Kinder und Jugendliche in der Schule und in der Ausbildung. Die/Der für Ihren Bezirk zuständige Audiopädagogin/-e wird nach eingegangener Anmeldung mit den Sorgeberechtigten Kontakt aufnehmen, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Diese Anmeldung schicken oder mailen Sie bitte an die Audiopädagogischen Dienste:

**Zentrum für Gehör und Sprache, Audiopädagogische Dienste, Frohalpstrasse 78, 8038 Zürich**  
oder  
[apd.sekretariat@zgsz.ch](mailto:apd.sekretariat@zgsz.ch)

Angaben zum/r Kind / Jugendlichen/r	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherungs-Nr.: 756.
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Hörstatus:	
Hörgeräte: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> keine	
CI: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> keine	
FM-Anlage: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zu den Sorgeberechtigten		
Mutter	Vater	gesetzliche Vertretung
Name:		
Vorname:		
Strasse:		
PLZ/Ort:		
Telefon:		
Mobile:		
E-Mail:		

Angaben zur Schule/Kita	
Schulhaus/Kita:	Klasse:
Strasse:	Telefon:
PLZ/Ort:	E-Mail:

Angaben zur Schulleitung, der Kitaleitung, des Logopäden/ der Logopädin und der Lehrperson/en		
Schulleitung	Kitaleitung	Logopäde/in
Name:		
Vorname:		
Telefon:		
E-Mail:		
Lehrperson 1	Lehrperson 2	Lehrperson 3
Name:		
Vorname:		
Telefon:		
E-Mail:		

Angaben zu Akustiker/in und ORL-Arzt/Ärztin	
Akustiker/in	ORL-Arzt/Ärztin
Name:	
Vorname:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Datum der letzten Kontrolle:	

Folgende Dokumente wurden dem Anmeldeformular beigelegt:		
<input type="checkbox"/> ORL Bericht	<input type="checkbox"/> Bericht Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Bericht Physiotherapie
<input type="checkbox"/> Sprach-Audiogramm	<input type="checkbox"/> Bericht Pädakustik	<input type="checkbox"/> Bericht Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Bericht Logopädie	<input type="checkbox"/> Bericht Schulpsychologie	<input type="checkbox"/> Bericht Entwicklungspädiatrie

Bemerkungen

Unterschrift/en der Sorgeberechtigten	
Ort, Datum:	Unterschrift/en:



## Vollmacht Akteneinsicht, Behördengeschäfte

Von den Eltern auszufüllen und retour an:

Zentrum für Gehör und Sprache, Audiopädagogische Dienste, Frohalpstrasse 78, 8038 Zürich  
oder  
apd.sekretariat@zgsz.ch

**Wir erteilen Vollmacht**

Angaben zu den Sorgeberechtigten			
Angaben:	Mutter	Vater	gesetzliche Vertretung
Name:			
Vorname:			
PLZ/Ort:			

In Vertretung von	
Name Kind:	Geburtsdatum:
Vorname Kind:	Versicherungs-Nr.: 756.

**Wir erteilen für alle unten angekreuzten Bereiche Vollmacht an die Mitarbeitenden des Audiopädagogischen Dienstes. Diese sind somit berechtigt**

- zur Einsichtnahme und zum Einfordern von IV-Berichten, sowie von amtlichen, ärztlichen und schulpsychologischen Berichten, die im Zusammenhang mit der Schulung und den therapeutischen Massnahmen stehen,
- Standortberichte und weitere schulische, medizinische oder therapeutische Berichte für den internen Fachaustausch und für die Qualitätssicherung zu verwenden,
- nach Absprache mit Ihnen Anträge an Behörden und an die IV zu stellen (z.B. für Kostengutsprachen), den berechtigten und beauftragten Behörden und Stellen Auskünfte zu erteilen oder Unterlagen zuzustellen (die Sorgeberechtigten erhalten eine Kopie der Verwaltungsaktivitäten und werden über weitere Massnahmen informiert),
- Fotos und Videos für interne Schulung des Zentrums zu verwenden (bei weiteren Verwendungszwecken wird vorgängig das Einverständnis der Sorgeberechtigten eingeholt).

Sämtliche Akten werden vertraulich behandelt.

**Wir erteilen keine Vollmacht**

Bemerkung: Wird die Vollmacht nicht erteilt, sind die Sorgeberechtigten automatisch verpflichtet,

- die notwendigen Dokumentationen einzuholen und an die für die Arbeit beauftragten Fachpersonen weiter zu leiten,
- die Kostengutsprache gesuche des APD an die zuständige Stelle weiterzuleiten,
- die Behörden und Fachstellen über die Entwicklung ihres Kindes/Jugendlichen zu informieren.

Ort, Datum:	Unterschrift/en:
-------------	------------------