



Einverständniserklärung

für das Angebot der Frühen Hilfen

☐ Ich möchte das Beratungs- und Unterstützungsangebot der Frühen Hilfen annehmen.

☐ Ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Daten zu mir und meinem Kind zu.

Meine Daten werden nur an die Mitarbeiter des Netzwerkes Kinderschutz und Frühe Hilfen des Landkreises Altenburger Land weitergeleitet.

Angaben zur Mutter

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum/Staatsbürgerschaft:

Telefonnummer (Festnetz/mobil):

Angaben zum Kind

Name, Vorname:

Alter des Kindes (evtl. Entbindungstermin):

Anschrift:

Beratungswunsch zu:

- ☐ allgemeine Beratung
- ☐ Fragen rund um die Gesundheit von Mutter und Kind
- ☐ Begleitung in Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr ihres Kindes
- ☐ Begleitung zu Ämtern, Behörden und Einrichtungen
- ☐ Begleitung zu Beratungsstellen und in persönlichen Krisen

Ort, Datum

Unterschrift