



Region Hannover

Region Hannover · Postfach 147 · 30001 Hannover

Region Hannover
Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin
Hildesheimer Str. 17

30169 Hannover

Der Regionspräsident

Service/Team	Fachdienst Kinder-, Jugend- und Zahnmedizin
Dienstgebäude	Hildesheimer Str. 17 30169 Hannover
Ansprechperson	Frau Steinmann
Mein Zeichen	53.50
Durchwahl	(0511) 6 16-2 22 49
Telefax	(0511) 6 16-3 41 73
E-Mail	jugendmedizin@region- hannover.de @region-hannover.de
Internet	www.hannover.de

Erziehungsberechtigte Person 1:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Erziehungsberechtigte Person 2:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Sprechzeiten

Nach Vereinbarung

Station Aegidientorplatz

Bus 100, 120, 800
Stadtbahn 1, 2, 4, 5, 6

Bankverbindungen

Sparkasse Hannover
IBAN: DE36 2505 0180 0000 0184 65
BIC: SPKHDE2H

Deutsche Bank
IBAN: DE71 2507 0070 0027 0835 00
BIC: DEUTDE2H

**HAN
NOV
ER**

Anmeldung zur Sprachförderuntersuchung

Nachname: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Kita: _____ ☐ I-Platz ☐ heilpädagogische Frühförderung

Sprachstandsfeststellung erfolgte anhand: _____

An welcher Schule ist/wird das Kind angemeldet? _____

Betreuungszeit: ☐ <4h ☐ 4-6 h ☐ >6 h in der Kita seit: _____

Besucht das Kind regelmäßig den Kindergarten?

☐ ja, regelmäßig ☐ nein, fehlt im Schnitt _____ Tage im Monat

Sprachhintergrund der Eltern:

Elternteil 1: Erstsprache: _____ Zweitsprache: _____

Elternteil 2: Erstsprache: _____ Zweitsprache: _____

Das Kind...	stimmt	stimmt nicht	nicht beurteilbar/ Kommentar
hat ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache.			
hat soweit beobachtbar ein ausreichendes Verständnis der eigenen Erstsprache.			
ist sprachlich aktiv.			
hat einen angemessenen aktiven Wortschatz.			
zeigt keine sonstigen sprachlichen Auffälligkeiten, wie z.B. Lispeln, Stottern, Grammatikprobleme...			
ist in logopädischer Behandlung.			
nimmt an Sprachförderprogrammen teil.			Und zwar:

Weitere Bemerkungen/Fragen zur Entwicklung des Kindes:

Wünsche/Empfehlungen seitens der Kita:

Mit der Weiterleitung dieser Vorlage an das Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin der Region Hannover und einer schriftlichen Einladung zur Untersuchung meines Kindes bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der erziehungsberechtigten Personen _____