

# Anfragebogen

Bitte in Druckbuchstaben oder digital ausfüllen.

## Anfrage durch

- ☐ Sorgeberechtigte ☐ Jugendamt ☐ Schule / SIBUZ  
☐ Pflegeeltern ☐ KJP

Name: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## Zentrum für Schulische und Psychosoziale Rehabilitation

Mail: kontakt@zspr.de  
Fax: (030) 30 35 - 59 79

Spandauer Damm 130  
14050 Berlin

## für

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

## Erziehungs- und Sorgeberechtigte/n

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Schule

Herkunftsschule: \_\_\_\_\_

Aktuelle Klassenstufe: \_\_\_\_\_

Sonderpädagogischer Förderbedarf: \_\_\_\_\_

SIBUZ: \_\_\_\_\_

## Jugendamt

Bezirksamt: \_\_\_\_\_

Sozialarbeiter\*in: \_\_\_\_\_

Stellenzeichen: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Situation

Grund für die Anfrage:

Psychiatrische Vorbefunde / Diagnose(n):

## Ambulante, teil- / stationäre Hilfe(n)

ambulante / teilstationäre / stationäre Behandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

im / bei: \_\_\_\_\_

ambulante / teilstationäre / stationäre Behandlung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

im / bei: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die angegebenen personenbezogenen Daten für die Aufnahmeplanung verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Ich kann meine Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen. Kann keine Aufnahme im Zentrum für Schulische und Psychosoziale Rehabilitation (ZSPR) erfolgen, werden die Daten gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

**Bitte beachten Sie, dass wir im weiteren Aufnahmeprozess nur vollständig ausgefüllte  
Anfragebögen berücksichtigen können.**

**Ein eingereichter Anfragebogen stellt keine Garantie  
für eine Aufnahme im ZSPR dar.**