

Name der Mutter oder des Vaters:
Straße/ Hausnr.:
Ort:
Telefonnummer:

Datum:



Stadt Velbert  
Fachbereich Jugend, Familie & Soziales  
Team Frühe Hilfen – z. Hd. Frau Schneider  
Friedrichstr. 293 (Beratungshaus)  
42551 Velbert

Telefon: 02051/80097-13  
[fruehehilfen@velbert.de](mailto:fruehehilfen@velbert.de)

## Anfrage auf Unterstützung durch eine Familienhebamme

Für meine Tochter / meinen Sohn:

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Errechneter Geburtstermin

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass der Fachbereich Jugend, Familie und Soziales (Team Frühe Hilfen) und die Familienhebamme mit dem:

( z.B. Kinderarzt, Krankenhaus, Jugendamt, Gesundheitsamt)  
**im Bedarfsfall** erforderliche Daten austauschen kann.

ja       nein

Unterschrift / Mutter

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Familienname)

Unterschrift / Vater

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Familienname)