

ANMELDEBOGEN_Online

A_F

1 Personalien Klient / Klientin

Name: **Vorname:** Konfession:

Geboren am: in: Nationalität:

Adresse (Strasse): PLZ / Ort: Heimatort:

Elterliche Sorge:

Aufsicht/Vormundschaft:

Krankenkasse: Mitglied Nr.:

AHV-Ausweis: ja nein IV: ja nein AHV_IV-Nr.:

2 Personalien Mutter

Name **Vorname:** Konfession:

Mädchenname:

Geboren am: Nationalität: Heimatort:

Adresse (Strasse): PLZ / Ort:

Beruf: Zivilstand:

Telefon privat: Tel.Geschäft: Tel.Mobile:

Mail:

Bemerkungen:

3 Personalien Vater

Name **Vorname:** Konfession:

Geboren am: Nationalität: Heimatort:

Adresse (Strasse): PLZ / Ort:

Beruf: Zivilstand:

Telefon privat: Tel.Geschäft: Tel.Mobile:

Mail:

Bemerkungen:

4 Schulen

Jetzige Schule:

Klasse:

Name der Schulleitung:

Name des Klassenlehrers/der Klassenlehrerin:

Tel. Nr. Schule:

Tel. Privat:

Vorherige Schulen: Schulhaus:

Schulleitung

Klassenlehrer/in

5 Abklärende Instanz

Fachdienst:

Kontaktperson:

Funktion:

Adresse (Strasse):

PLZ / Ort:

Telefon:

6 Zuweisende Instanz

Fachdienst:

Kontaktperson:

Funktion:

Adresse (Strasse):

PLZ / Ort:

Telefon:

Mail:

7 Soziale / familiäre Situation

(Kurzbeschreibung: Soziales Netz, Lebenssituation, besondere Erschwernisse)

8 Schulische Situation

(Kurzbeschreibung: Schulische Situation)

9 Aufenthaltsorte seit der Geburt

(Familie, Verwandte, stationäre Behandlungsaufenthalte, Therapien, Spital, andere Hilfestellungen etc.)

10 Rechtliche Situation der KlientIn

(Elterliche Sorge, Vormundschaftliche Massnahmen, FunktionsträgerIn, etc.)

11 Medizinische, psychologische und schulische Abklärungen, IV-Verfügungen

(Dem Anmeldeformular sind entsprechende Akten beizulegen und mit Indizes zu versehen.)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

12 Sozialpädagogische Begründung der Zuweisung in eine stationäre Behandlung

(Detaillierte Schilderung der sozialen, pädagogischen, psychologischen, schulischen und medizinischen Gründe der Zuweisung)

13 Kooperationspartner, relevantes System

(Welche Personen bzw. Helfersysteme sind zum Zeitpunkt der Zuweisung für den weiteren Hilfsprozessverlauf relevant)

14 Auftrag

(Formulierung des Auftrages, der Zielsetzung und der voraussichtlichen Dauer der Platzierung durch die zuweisende Stelle)

15 Koordinationsstelle für den Hilfsprozess

Name:

Vorname:

Fachstelle:

Funktion:

Adresse (Strasse):

PLZ / Ort:

Telefon:

Bemerkungen:

16 Finanzielles

Kostenübernahmegarantie durch:

Rechnungsstellung an:

Die verantwortliche Person der zuweisenden Stelle bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und anerkennt die Bedingungen unserer Dienstleistungsangebote und Aufnahmekriterien und leistet somit Kostengutsprache. Die Kostengutsprache muss dem Fragebogen ausgefüllt und unterzeichnet beigelegt werden.

Wir garantieren eine vertrauliche Behandlung aller Akten.

Ort, Datum:

Unterschrift, Stempel

(Name, Vorname)

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und senden Sie es uns signiert mit allfälligen Beilagen zu. Aus Datenschutzgründen bitte NICHT als E-Mail versenden!