

Anmeldeformular

Damit wir Ihre Anfrage optimal bearbeiten können, brauchen wir wichtige Informationen zur Klientin. Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus. Sie können uns das Formular per Post schicken oder mailen. Danke für Ihre Zusammenarbeit.

1. Klientin

Name _____

Meldeadresse _____

Nationalität _____ Heimatort _____

Telefon _____

2. Kind(er)

Name _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Geburtsdatum _____

3. Zuweisende Stelle

Anfragende Stelle _____ Kontaktperson _____

Zuweisende Stelle _____ Kontaktperson _____

Rechnungsadresse _____ Kontaktperson _____

Telefon _____ E-Mail _____

4. Angaben zur Klientin

Geburtsdatum _____ Aufenthaltsbewilligung _____

In der CH seit _____ Deutschkenntnisse _____

Muttersprache _____ Zivilstand _____

Berufliche Tätigkeit _____

Beistand/Beiständin _____ Beistand/Beiständin _____

Privathaftpflicht _____ Krankenkasse-Pol.Nr. _____

5. Angaben zum Kind

Beistand/Beiständin _____ Seit _____

Erfolgte Platzierungen _____

Gegebenenfalls
Entwicklungsauffälligkeiten _____

Besonderheiten _____

Kita / Hort / Schule _____

Sorgerecht / Obhut _____

6. Aktuelle Lebenssituation

lebt in einer eigenen Wohnung

lebt mit Kindsvater zusammen

lebt in der Herkunftsfamilie

lebt mit Partner

lebt in einer Institution (wenn ja welche ?)

(nicht Kindsvater) zusammen

anderes (was?)

7. Angaben zum Kindsvater

Name _____ Alter _____

Nationalität _____ Aufenthaltsbewilligung _____

Deutschkenntnisse _____ Muttersprache _____

Berufliche Tätigkeit _____

8. Angaben zum Partner (nicht Kindsvater)

Name _____ Alter _____

Nationalität _____ Aufenthaltsbewilligung _____

Deutschkenntnisse _____ Muttersprache _____

Berufliche Tätigkeit _____

9. Wichtige Personen im Umfeld der Klientin und des Kindes

Name _____

Beziehung zur Klientin /
zum Kind _____

Name _____

Beziehung zur Klientin /
zum Kind _____

10. Welche Belastungen der Klientin sind Ihnen bekannt?

psychische Erkrankung / Probleme (welche?)

Häusliche Gewalt (was, von wem?)

psychiatrische Diagnose (welche?)

andere Belastungen der Klientin (welche?)

Suchtproblematik (welche?)

Belastungen des Kindsvaters bzw. des Partners? (welche?)

11. Gründe für den Platzierungswunsch

11.1 Allgemein

11.2 Ist das Wohl der Klientin und / oder des Kindes akut gefährdet? (Wer, wie?)

11.3 Ist die Sicherheit der Klientin und / oder des Kindes akut gefährdet? (Wer, wie?)

11.4 Welche Interventionen gab es bereits in der Vergangenheit?

11.5 Handelt es sich um einen freiwilligen Aufenthalt?

11.6 Wird bei Nichteintritt in eine Mutter-Kind-Institution eine Platzierung des Kindes in Betracht gezogen?

12. Gewünschter Aufnahmetermin

Ort _____ Datum _____

Für die Zuweisende Stelle

Name / Unterschrift: _____

Bemerkungen

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die auf diesem Anmeldeformular erhobenen Daten erfasst und gespeichert werden.
Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.
Detaillierte Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie unter www.bethanien.ch/impressum.



KiEl Bethanien St. Gallen
Säntisstrasse 4
9113 Degersheim

Telefon 058 204 85 60
kielsg@bethanien.ch