

# 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](http://www.bethanien.ch/impressum).



KiEl Bethanien St. Gallen  
ohne Strassenangabe  
9000 St. Gallen

Telefon 058 204 85 60  
kielsg@bethanien.ch