



D15
Dorf 15
3472 Rumendingen

Aufnahmebogen agogisches Arbeiten

Angaben zur angemeldeten Person

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Auftrag D15/Zielsetzung

Gesetzliche Massnahmen

Begleitbeistandschaft Art. 393 ZGB	<input type="checkbox"/> keine	
Vertretungsbeistandschaft Art. 394 ZGB	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitwirkungsbeistandschaft Art. 396 ZGB	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umfassende Beistandschaft Art. 398 ZGB	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Obhutsentzug	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fürsorgerische Unterbringung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zuständige Behörde: _____

Zuständige Person: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____



Vater

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mutter

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Psychischer Status

Ist eine psychische Erkrankung vorhanden? ja nein

Diagnose: _____

Physischer Status

Sind physische Arbeiten eingeschränkt möglich? ja nein

Erkrankungen/Einschränkungen: _____

Drogenkonsum: ja nein Alkohol THC harte Drogen

Haftpflichtversicherung:

Policennummer: _____

Krankenkasse:



Zuweiser/Kostgeldgeber:

Kostengutsprache von/bis: _____

Zuständige Person: _____

Adresse: _____

Telefon direkt: _____

Erreichbarkeit: _____

E-Mail: _____

Vernetzung

Hausarzt: _____

Psychologe: _____

Psychiater: _____

Notfall

Im Notfall zu informieren: _____

Problembereiche

Familie: _____

Schule/Ausbildung: _____

Sucht: _____

Psychosozialer Bereich: _____

Wohnen: _____

Arbeit: _____

Medikamente (Name/mg/tgl.)

Einnahme selbständig: ja nein

Morgen Mittag Abend Nacht

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____



Der Auftrag, die Rahmenbedingungen und die Hausregeln wurden in Anwesenheit von dem/der Klient/in besprochen. Der Auftraggeber, die obhuts- und sorgeberechtigte Person und der/die Klient/in sind damit einverstanden.

Ort/Datum/Unterschrift angemeldete Person:

Ort/Datum/Unterschrift Zuweiser:

Ort/Datum/Unterschrift D15:
