

Anmeldung für Kinder und Jugendliche

Die Felder mit * müssen beantwortet werden, damit wir Deine/Ihre Anmeldung korrekt bearbeiten können.

Dringlichkeit	Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung zwingend telefonische Anmeldung notwendig, siehe Telefonnummern auf unserer Homepage.
----------------------	--

Personalien

Name*	Vorname*	
Strasse, Nr.*	PLZ, Wohnort*	
Tel-Nr. Privat*	Mobile*	
Geburtsdatum*	Geschlecht*	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Nationalität*		<input type="checkbox"/> divers
Umgangssprache*	Dolmetscher nötig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf/Schule	E-Mail	
Kanton* <input type="checkbox"/> ZG <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> UR	Ausserkantonale*	

Elternteil 1*

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Beruf	
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort	
Tel-Nr. Privat	Mobile	
Tel-Nr. Geschäft	E-Mail	
Nationalität	Umgangssprache	Dolmetscher nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Elternteil 2

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Beruf	
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort	
Te-Nr. Privat	Mobile	

Tel-Nr. Geschäft	E-Mail
Nationalität	Umgangssprache Dolmetscher nötig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beziehungsstatus der Eltern *

Sorgerecht*

Gemeinsames Sorgerecht* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Alleiniges Sorgerecht, wer?*	<input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2
--	------------------------------	---

Geschwister

Name	Vorname	Geb. Dat.

Krankenkasse / Versicherung

HMO-Modell*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenversicherung*	Nummer

Anmeldegrund (aktuelle Problematik) / Diagnose*

Problematischer Konsum	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> illegale Drogen <input type="checkbox"/> Gamem <input type="checkbox"/> Medikamente
Vorherige Behandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?	

Mit Kaderarzt telefonisch
besprochen

erfolgt nicht erfolgt

Medikation (aktuelle)*

Bezeichnung*	Dosierung*	seit*

Weitere wichtige Adressen falls vorhanden (z. B. Beistandschaft)

Name		Vorname	
Funktion		Tel-Nr.	
Strasse, Nr.		PLZ, Wohnort	
E-Mail			
Hausarzt		Tel-Nr.	
Schulbildung	<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Oberstufe <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Matura <input type="checkbox"/> andere:		
Berufsbildung		Ausübender Beruf	
IV*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Datum		Name/Vorname	
-------	--	--------------	--