

## Basisinformationen für die Anmeldung von Intensivabklärungen

Wir bitten Sie, dieses Formular **möglichst vollständig** auszufüllen und uns per E-Mail (stiftung-passaggio@hin.ch oder SecureMail) oder Post zukommen zu lassen.

Wir gehen davon aus, dass die vorliegenden Informationen mit den Familienmitgliedern besprochen wurden. Vermerken Sie, wenn dies nicht der Fall sein sollte.

### Zuweisung

Zuweisende Stelle	
Zuständige Fachperson	
Telefon/E-Mail	
Datum Anmeldung	

### Angaben zur Familie

<b>1. Angaben zur Mutter</b> (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Nationalität/ Aufenthaltsstatus	in CH seit	Konfession
Adresse		Telefonnummer/E-Mail		
Ausbildung der Mutter <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre <input type="checkbox"/> Diplommittelschule/Matura <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule/ Hochschule <input type="checkbox"/> andere	Berufliche Tätigkeit der Mutter  <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> weiss nicht		Sprachkenntnisse in Deutsch <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse <input type="checkbox"/> mittlere Kennt. <input type="checkbox"/> schlechte Kennt.	Muttersprache, wenn nicht Deutsch
Lebenssituation der Mutter <input type="checkbox"/> lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem sie verheiratet ist <input type="checkbox"/> lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem sie nicht verheiratet ist <input type="checkbox"/> lebt mit Kind(ern) ohne Partner <input type="checkbox"/> anderes (Aufenthalt, Heim/Klinik etc.)				
Zivilstand der Mutter <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet				
Nächste/r Angehörige/r				
Weitere nötige Angaben				

<b>2. Angaben zum Vater</b> (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Nationalität/ Aufenthaltsstatus	in CH seit		Konfession	
Adresse			Telefonnummer/E-Mail			
<b>Ausbildung des Vaters</b> <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre <input type="checkbox"/> Diplommittelschule/Matura <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule/ Hochschule <input type="checkbox"/> andere	<b>Berufliche Tätigkeit des Vaters</b>  <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> weiss nicht		<b>Sprachkenntnisse in Deutsch</b> <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse <input type="checkbox"/> mittlere Kennt. <input type="checkbox"/> schlechte Kennt.		<b>Muttersprache, wenn nicht Deutsch</b>	
	<b>Lebenssituation des Vaters</b> <input type="checkbox"/> lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem er verheiratet ist <input type="checkbox"/> lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem er nicht verheiratet ist <input type="checkbox"/> lebt mit Kind(ern) ohne Partner <input type="checkbox"/> anderes (Aufenthalt, Heim/Klinik etc.)					
<b>Zivilstand des Vaters</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet						
Nächste/r Angehörige/r:						
Weitere nötige Angaben:						
<b>3. Angaben zum Kind/ zu den Kindern</b>	Geburtsdatum	Geschlecht		Zuhause wohnend		Sorgerecht Aufenthaltsbestimmungsrecht
(Name, Vorname)	TT.MM.JJJJ	m	w	Ja	Nein	KM/KV/KE/KESB
a)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>4. Tagesstruktur der Kinder</b> Krippe / Kindergarten / Schule / Hort / Mittagstisch / Tagesmutter / Pflegeplatz / Lehrbetrieb	Kontaktperson/Tel.
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
<p><b>5. Welche spezielle Belastungen in der Familie</b> sind Ihnen bekannt:</p> <p><input type="checkbox"/> psychische Erkrankung eines Elternteils (wer, was?)</p> <p><input type="checkbox"/> Suchtprobleme eines Elternteils (wer, was?)</p> <p><input type="checkbox"/> physische/psychische Gewalt (wer, was?)</p> <p><input type="checkbox"/> anderes (wer, was?)</p>	

**Gründe für die Anmeldung und Grundlagen für die Indikation**

<b>6. Gründe für die Anmeldung/aktuelle Probleme</b> in der Familie
<b>7. Welche Fragestellungen</b> sind zu beantworten?
<b>8. Wie beurteilen Sie die Sicherheit in der Familie?</b> (Informationen / Vermutungen über Vernachlässigung, körperliche Gewalt, Misshandlung, sexuellen Missbrauch)

Ort/Datum	Für die zuweisende Stelle  Name/Unterschrift
Ort/Datum	Für die Eltern  Name/Unterschrift

**Notwendige Grundlagen vor dem Erstgespräch**

- Arbeitszeiten der Kindeseltern, Anwesenheiten (weitere Termine, Ferienplanung?)
- Stundenplan der Kinder, weitere Hobbys, fixe Termine (Therapien)
- Besuchsrechtsituation und Betreuungsplan bei getrennten Eltern
- Fragestellungen
- Basisinformationen ausgefüllt, soweit als möglich