

## Anmeldeformular für die Angeordnete Beratung

### Basisinformationen

#### Leistungsbesteller

KESB  Gericht  Sozialdienst  Jugendanwaltschaft sonstiges:

Name: Vorname: Funktion:

Adresse: PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:

Erreichbarkeit: Kostengutsprache durch:

#### Gründe für die Anmeldung zur Angeordneten Beratung:

Anlassproblem (kurz):

#### Strittige Punkte, die in der Angeordneten Beratung geklärt werden sollen:

1. strittiger Punkt:

2. strittiger Punkt:

3. strittiger Punkt:

4. strittiger Punkt:

#### Anmerkungen:

#### Wer an den Gesprächen teilnimmt:

##### 1. Partei (Kindesmutter)

Name: Vorname: Geb:

Elterliche Sorge:  ja  nein

Adresse: PLZ: Ort:

Tel:

Nationalität: Aufenthaltsstatus:  C  B  F oder

Sprache:  versteht Mundart gut  versteht Mundart schlecht

**Zivilstand:**  ledig  verheiratet  getrennt, seit wann:  
 geschieden, seit wann:

**Konfession:**

**Elterliche Sorge:**  ja  nein **Aufenthaltsbestimmungsrecht:**  ja  nein

**Aktuelle Lebenssituation:**  lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem sie verheiratet ist  
 lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem sie nicht verheiratet ist  
 lebt mit Kind(ern) ohne Partner

## 2. Partei (Kindesvater)

**Name:** **Vorname:** **Geb:**

**Elterliche Sorge:**  ja  nein

**Adresse:** **PLZ:** **Ort:**

**Tel:**

**Nationalität:** **Aufenthaltsstatus:**  C  B  F oder

**Sprache:**  versteht Mundart gut  versteht Mundart schlecht

**Zivilstand:**  ledig  verheiratet  getrennt seit wann:  
 geschieden seit wann:

**Konfession:**

**Elterliche Sorge:**  ja  nein **Aufenthaltsbestimmungsrecht:**  ja  nein

**Aktuelle Lebenssituation:**  lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem sie verheiratet ist  
 lebt mit Kind(ern) und mit Partner, mit dem sie nicht verheiratet ist  
 lebt mit Kind(ern) ohne Partner

## Kinder:

### Indexkind

**Name:** **Vorname:** **Jahrgang:**

### Geschwister

**Name:** **Vorname:** **Jahrgang:**

**Name:** **Vorname:** **Jahrgang:**

**Name:** **Vorname:** **Jahrgang:**

## Weitere beteiligte Personen:

**Name:** **Vorname:** **Rolle:**

**Name:** **Vorname:** **Rolle:**

**Bemerkungen:**

Sind die Parteien bereits über die geplante Angeordnete Beratung informiert?

ja  nein

Sind die Kinder (ab ca. 11 Jahren) über die geplante Familienintervention informiert?

ja  nein

Ort/Datum:

Unterschrift ..... Stempel: .....

Speichern Sie das ausgefüllte Formular und senden Sie es als Anhang an: [info@stiftung-passaggio.ch](mailto:info@stiftung-passaggio.ch)

Oder – sicherer! – drucken Sie das Formular aus und schicken Sie es per Post oder Fax an:

Stiftung Passaggio  
Bahnhofstrasse 50  
3432 Lützelflüh  
Fax 034 461 20 64