



D15
Dorf 15
3472 Rumendingen

Aufnahmebogen Time-out

Time-out

Indikation für Time-out:

Ziel- und Arbeitsaufgaben während Time-out:

vom:

bis:

Angaben zur angemeldeten Person

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

weiblich

männlich

Aufenthaltsbewilligung:

C

B

F

N

Sprache:

Weiteres:

Freizeit:

Regelmässige Freizeitaktivität:

Angaben Herkunftsfamilie

Kindsmutter

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

Nationalität:

Aufenthaltsbewilligung:

C

B

F

N

Sprache:

Mundart



Kindsvater

Gleiche Adresse wie Kindsmutter: ja

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Nationalität: _____

Aufenthaltsbewilligung C B F N

Sprache: _____ Mundart

Sorgerecht: Mutter Vater Eltern

Drogenkonsum: ja nein Alkohol THC harte Drogen

Gesetzliche Massnahmen

	<input type="checkbox"/> keine	
Begleitbeistandschaft Art. 393 ZGB	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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: _____

Psychischer Status

Selbstgefährdung: _____

Fremdgefährdung: _____

Therapie: ja nein geplant



Physischer Status

Sind physische Arbeiten eingeschränkt möglich? ja nein

Erkrankungen/Einschränkungen:

Medikamente (Name/mg/tgl.)

Einnahme selbständig: ja nein

Morgen Mittag Abend Nacht

	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Haftpflichtversicherung:

Policennummer:

Angaben Zuweiser

Institution:

Zuständige Person:

Stellvertreter:

Adresse:

Telefonnummer:

Notfallnummer (Nachts oder Wochenende):

Erreichbarkeit:

E-Mail:

Auftrag/Verhältnis zu angemeldeter Person:

Kostengutsprache durch:

Kostengutsprache vorhanden: ja nein



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:
