

## Personalien

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Heimatort/Kanton:	Nationalität:
Muttersprache:	Konfession:
Zivilrechtlicher Wohnsitz (angemeldete Adresse):	Seit wann in der Schweiz:
AHV Nr.:	IV-Berechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## Bisheriger Hausarzt:

Adresse:	Telefon:
----------	----------

## Krankenkasse:

Adresse:	Telefon:
Krankenkassen Nr.:	Prämienzahler:

## Unfallversicherung:

Adresse:	Telefon:
----------	----------

## Mutter

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Beruf:	Nationalität:
Seit wann in der Schweiz:	Inhaber der elterlichen Sorge: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Adresse:	Festnetz:
Mail:	Mobil:
Ergänzende Angaben:	

## Vater

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Zivilstand:
Beruf:	Nationalität:
Seit wann in der Schweiz:	Inhaber der elterlichen Sorge: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Adresse:	Festnetz:
Mail:	Mobil:
Ergänzende Angaben:	

### Geschwister

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

Ergänzende Angaben:

---



---



---



---

### Beistandschaft

Amtsstelle:	
Adresse:	Funktion:
Kontaktperson:	Telefon:
Erreichbarkeit:	Mail:

### Einweisende Behörde

Amtsstelle:	
Adresse:	Funktion:
Kontaktperson:	Telefon:
	Mail:

### Art der Einweisung

ZGB Artikel:	StGB Artikel:
--------------	---------------

### Rechnungsstelle

Amtsstelle:	
Adresse:	Telefon:
Kontaktperson:	Mail:

### Biografische Angaben zur Jugendlichen

Kindergarten:	Ort/Land:	von:	bis:
Schule:	Ort/Land:	von:	bis:
Berufsberatung/Lehre/Attestausbildung:	Ort/Land:	von:	bis:
Wohnsituation:	Ort/Land:	von:	bis:
Bisherige Platzierungen:	Behörde:	von:	bis:
Therapie:	TherapeutIn:	von:	bis:

### Medizinische Informationen:

---



---

Allergien:

---

Unverträglichkeiten:

---

### Eintritt

---

Intensivgruppe: Offene Wohngruppe:

---

Eintrittsdatum:

---



---

Ort und Datum: Name/Vorname Beistandschaft:

---

Stempel und Unterschrift: