

ANMELDEBOGEN Kinder und Jugendliche

Datum	
NAME, Vorname	
Geburtsdatum	Alter:
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geschwister	
Begleitet	<input type="checkbox"/> unbegleitet <input type="checkbox"/> begleitet mit: _____
In DE rechtlich verantwortlich Name und Kontaktdaten	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> leiblichen Vater <input type="checkbox"/> Erstaufnahmeeinrichtung
Ansprechpartner*in/ Bezugsbetreuer*in in der Wohngruppe	
Adresse	
Telefonnummer	
WhatsApp-Kontakt erwünscht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Unterschrift: _____ WhatsApp-Nummer (falls abweichend):
E-Mail	
Herkunftsland	
Muttersprache	
Andere Sprachkenntnisse	
Schulart und Klasse Krippe/Kita	
Waren Sie bereits an einem anderen Standort des NTFN e.V.?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Wo? _____
Fragen zur Gesundheit	
Anliegen / Symptome / Beschwerden	

 SozialBank | IBAN: DE67 3702 0500 0020 2054 81
 Handelsregisternummer: HRB 228729

Projekte u.a. gefördert durch:



Mitglied in:



Fragen zur Gesundheit (Fortsetzung)

Wichtige Hinweise (z.B. Suizidalität, Selbstverletzendes Verhalten, Fremdgefährdung etc.)

Angaben zu Ärzt*innen – Wenn möglich, bitte Name & Kontakt eintragen

Hausärzt*in:

Psychiater*in

Neurolog*in

Frauenärzt*in

andere Ärzt*innen

Vorerkrankungen / bestehende Diagnosen

Klinikaufenthalte:

Medikamente aktuell:

Liegt eine Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialamt _____ <input type="checkbox"/> in Krankenkasse über Sozialamt: _____ <input type="checkbox"/> Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> keine

Fragen zum Aufenthalt in Deutschland

Seit wann sind Sie in Deutschland?	
Aktueller Aufenthaltsstatus	
Gibt es Aufenthaltsprobleme?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – welche?
Lebensunterhalt (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> Sozialamt: _____ <input type="checkbox"/> Jobcenter: _____ <input type="checkbox"/> Arbeit: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Angaben zu Beratungsstellen – Wenn möglich, bitte Name & Kontakt eintragen

Migrationsberatung	Rechtsanwält*in
Unterstützer*in	Familienhilfe
Andere Beratungsstellen?	

 SozialBank | IBAN: DE57 3702 0500 0008 5644 00
 Handelsregisternummer: HRB 228729

Projekte u.a. gefördert durch:



Mitglied in:



<input type="checkbox"/> ältere Erwachsene
Erstgespräch bei:
Aufnahmedatum:
Von welcher Einrichtung, Institution, Person kommt die Anfrage?
Termine bei:
Nächster Termin:
Verantwortlich:
Vermittlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufnahme PSZ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufnahme Liste: <input type="checkbox"/> Stellungnahme <input type="checkbox"/> Gutachten

Notizen / Dokumentation

SozialBank | IBAN: DE57 3702 0500 0008 5644 00
Handelsregisternummer: HRB 228729

Projekte u.a. gefördert durch:



Mitglied in:

