

Dieses Formular können Sie ausdrucken und uns ausgefüllt zuschicken.

**Anmeldeblatt beim Eintritt in Wohn- und Lebensgemeinschaften**

**Personalien**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
AHV Nr. \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
Adresse/Wohnsitz \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eintrittsdatum**

Vorstellungsgespräch: \_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltort vor Eintritt: \_\_\_\_\_

**Inhaber/in des Sorgerechts**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Name/Vorname  
der zuständigen Person:  
\_\_\_\_\_

## Angaben zur Familie

	Mutter	Vater
Name:	_____	_____
Vorname:	_____	_____
Geburtsdatum:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Zivilstand:	_____	_____
Adresse:	_____	_____
	_____	_____
Telefone:	_____	_____

Geschwister

Name/Vorname/Geb.Datum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Zuweisende Stelle

Institution: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Name/Vorname  
der zuständigen Person \_\_\_\_\_

## Vormundschaftliche oder gerichtliche Massnahmen

Institution: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Art der Massnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Name der zuständigen Person: \_\_\_\_\_

## **Begründung des Eintritts**

Einweisungsgrund:

---

---

---

Ziel des Aufenthaltes:

---

---

---

## **Versicherungen**

### Krankenkasse

Police Nr.

---

Name:

---

Sektion:

---

Adresse:

---

Telefon Nr.

---

### Haftpflicht-Versicherung

Police Nr.

---

Name:

---

zuständige Agentur:

---

Tel. Nr.:

---

### Andere Versicherungen

---

---

## **Bisherige aerztliche Betreuung**

Hausarzt:

---

Adresse/Telefon Nr.:

---

---

Andere Aerzte wie Therapeut, Psychiater usw.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige Schule/Lehrstelle/Arbeitsplatz/Weiterbildung**

**zuständige Person (Lehrer/in, Lehrmeister/in etc.)**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Weitere wichtige Kontaktpersonen**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand**

Bist Du gegenwärtig in ärztlicher/zahnärztlicher Behandlung?

\_\_\_\_\_

Grund der Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hast Du noch Termine? Wann?

\_\_\_\_\_

**Unterschriften:**

**Eltern:**

**Versorger:**

**Jugendlicher:**

\_\_\_\_\_