



Anmeldung «Haus für Mutter und Kind» in Hergiswil

Für die Bearbeitung Ihrer Anfragen benötigen wir einige wichtige Informationen zu Ihrer Klientin. Wir bitten Sie, das Formular möglichst vollständig auszufüllen und per Post an uns zuzustellen. Fehlende Informationen werden von uns während der Abklärungsphase beschafft.

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit.

1. Personalien der Klientin

Name / Vorname	
Adresse / zivilrechtlicher Wohnsitz	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Telefonnummer / Mobile	
E-Mail	
Nationalität / Status	
Krankenkasse	Nr.:
Privathaftpflichtversicherung	Nr.:
AHV-Nummer	
Bestehende Beistandschaft	ja <input type="checkbox"/> (<i>bitte Pkt. 4 ausfüllen</i>) nein <input type="checkbox"/>
Berufliche Tätigkeit	
Aktuelle Lebenssituation der Klientin	<input type="checkbox"/> lebt in eigener Wohnung / in einer WG / in einem Zimmer <input type="checkbox"/> lebt in der Herkunftsfamilie <input type="checkbox"/> lebt mit dem Kindsvater zusammen <input type="checkbox"/> lebt mit dem Kind beim Partner (nicht Kindsvater) <input type="checkbox"/> lebt in einer Institution (welche?) <input type="checkbox"/> andere Wohnform (welche?)
Arzt/Ärztin	
Therapeut/Therapeutin	
Sorgeberechtigter Elternteil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Angaben der zuweisenden Stelle

Anfragende Stelle	
Zuweisende Stelle → <i>Kostenträger</i>	
Kontaktperson	
Telefonnummer	
E-Mail	
Rechnungsadresse	

3. Belastungen / Auffälligkeiten der Klientin?

<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung / Diagnose	Welche?
<input type="checkbox"/> Suchtproblematik	Welche?
<input type="checkbox"/> Frühere Suchterfahrung	Welche?
<input type="checkbox"/> Gewalterfahrung	Welche?
<input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung	Welche?
<input type="checkbox"/> Medikamente	Welche?
<input type="checkbox"/> Weiteres	Was?

4. Angaben Beistand / Beiständin der Klientin

Institution	
Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

5. Angaben Beistand / Beiständin des Kindes / der Kinder

Institution	
Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

6. Personalien des Kindes / der Kinder

Name / Vorname	
Geburtsdatum	
AHV-Nummer	
Besteht eine Beistandschaft, resp. Vormundschaft	ja <input type="checkbox"/> (bitte Pkt. 5 ausfüllen) nein <input type="checkbox"/>
Kinderarzt/Kinderärztin	

Name / Vorname	
Geburtsdatum	
AHV-Nummer	
Besteht eine Beistandschaft resp. Vormundschaft	ja <input type="checkbox"/> (bitte Pkt. 5 ausfüllen) nein <input type="checkbox"/>
Kinderarzt/Kinderärztin	

7. Angaben zum Kindsvater

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Sorgeberechtigter Elternteil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Angaben zum Partner (falls nicht Kindsvater)

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	

9. Wichtige Personen im Umfeld der Klientin und deren Kinder

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Beziehung zur Mutter & Kind	

Name / Vorname	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Beziehung zur Mutter & Kind	

10. Angaben zum Aufenthalt & Ziel

Voraussichtlicher Aufenthalt ab	
Voraussichtliche Aufenthaltsdauer bis (mind. 3 Mt.)	
Grund für Aufenthalt im Haus für Mutter und Kind / aktuelle Problematik	
Handelt es sich um einen freiwilligen Aufenthalt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weshalb?
Welche Risiken gibt es im Umfeld der Klientin und deren Kinder?	
Welche Interventionen fanden in der Vergangenheit bereits statt?	
Weitere wichtige Angaben?	
Ziele des Aufenthaltes	

Kündigungsfrist: Die Kündigung des Aufenthaltes ist seitens beider Parteien schriftlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 30 Tagen möglich.

Berichte Psychiatrie/Diagnose/ehem. Institution: Bitte senden Sie uns aktuelle vorhandene Berichte (nach Rücksprache mit der Klientin) zu.

Ort und Datum:

für die zuweisende Stelle:

Unterschrift Klientin:

Anmerkung:

.....