

## 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 oder gesicherter Mail an uns zuzustellen. Fehlende Informationen werden von uns während der Abklärungsphase beschafft. Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit.

### 1. Personalien der Klientin

Name / Vorname	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse / zivilrechtlicher Wohnsitz	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Geburtsdatum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Zivilstand	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefonnummer / Mobile	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-Mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nationalität / Status	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Krankenkasse	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Nr.: <input style="width: 50%;" type="text"/>
Privathaftpflichtversicherung	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Nr.: <input style="width: 50%;" type="text"/>
Sozial-Versicherungs-Nummer	756. <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Bestehende Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja (bitte Pkt. 4 ausfüllen) <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> nein	
Berufliche Tätigkeit	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
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 style="width: 150px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> andere Wohnform (welche?) <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Arzt/Ärztin	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Therapeut/Therapeutin	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Sorgeberechtigter Elternteil	<input type="checkbox"/> ja <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> nein	
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> nein	

## 2. Angaben der zuweisenden Stelle

Anfragende Stelle	<input type="text"/>
Zuweisende Stelle <input checked="" type="checkbox"/> <i>Kostenträger</i>	<input type="text"/>
Kontaktperson	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Rechnungsadresse	<input type="text"/>

## 3. Belastungen / Auffälligkeiten der Klientin?

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

## 4. Angaben Beistand / Beiständin der Klientin

Institution	<input type="text"/>
Name / Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

## 5. Angaben Beistand / Beiständin des Kindes / der Kinder

Institution	<input type="text"/>
Name / Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>

E-Mail	<input type="text"/>
--------	----------------------

## 6. Personalien des Kindes / der Kinder

Name / Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Sozialversicherungs-Nummer	756. <input type="text"/>
Nationalität / Status	<input type="text"/>
Besteht eine Beistandschaft, resp. Vormundschaft	<input type="checkbox"/> ja (bitte Pkt. 5 ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein
Kinderarzt/Kinderärztin	<input type="text"/>

Name / Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Sozialversicherungs-Nummer	756. <input type="text"/>
Nationalität / Status	<input type="text"/>
Besteht eine Beistandschaft resp. Vormundschaft	<input type="checkbox"/> ja (bitte Pkt. 5 ausfüllen) <input type="checkbox"/> nein
Kinderarzt/Kinderärztin	<input type="text"/>

## 7. Angaben zum Kindsvater

Name / Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Nationalität / Status	<input type="text"/>
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	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Nationalität / Status	<input type="text"/>

### 9. Wichtige Personen im Umfeld der Klientin und deren Kinder

Name / Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Beziehung zur Mutter und Kind	<input type="text"/>

Name / Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Beziehung zur Mutter und Kind	<input type="text"/>

### 10. Angaben zum Aufenthalt und Ziel

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

**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.

Hiermit bestätigen die zuweisende Stelle und die Klientin die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort und Datum:

für die zuweisende Stelle:

.....

Unterschrift Klientin:

.....

Anmerkung: