



**Anmeldung: Kinder/Jugendliche**

**Erstgespräch bei:** \_\_\_\_\_

Datum	
NAME, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschwisteranzahl	
Kind lebt bei (zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> leiblichen Vater <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> _____
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Vormund (Name, Telefon, Email)	
Herkunftsland  und Sprachkenntnisse, Herkunftssprache und sonstige Sprachkenntnisse	
Aktuelle Schulart Klasse und Adresse der Schule/ Kindergarten	
 Anlass der Vorstellung	
Symptome/Beschwerden	
Anzeichen	<input type="checkbox"/> Schädlicher Gebrauch <input type="checkbox"/> Abhängigkeiten <input type="checkbox"/> keine
Geeignete Dolmetscher vor Ort? Name u. Kontaktdaten	
Hausarzt*in (Adresse) <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	

Vorerkrankungen/ Kinderkrankheiten	
Medikamente	
PsychiaterIn (Adresse)  <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Mobilität	
Ist es wichtig ob Psychotherapeutin oder Psychotherapeut?	
Gesundheitsversorgung	<input type="checkbox"/> Über Sozialamt <input type="checkbox"/> Über Krankenkasse <input type="checkbox"/> Krankenversichert <input type="checkbox"/> keine
Seit wann in Deutschland?	
Unterstützer*in (Name, Telefon, E-Mail)	
Beratungsstellen vor Ort? Name u. Kontaktdaten	
Familienhilfe/Jugendamt? Name u. Kontaktdaten	
Aufenthaltsstatus	
Gibt es Aufenthaltsprobleme?	
Rechtsanwält*in? Name u. Kontaktdaten <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	

**WICHTIGE HINWEISE:**

**SOZIALANAMNESE:**

Bank für Sozialwirtschaft | IBAN DE74 2512 0510 0008 5644 00  
Vorstand: Susanne Schröder, Nicolai Zipfel, Dr. Gisela Penteker, Henning Röhrs, Martin Roger

Projekte u.a. gefördert durch:

Mitglied in:





## Von NTFN auszufüllen

Erstgespräch bei:
Aufnahmedatum:
Anfrage von:
<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> jugendlich <input checked="" type="checkbox"/> mit Familie <input checked="" type="checkbox"/> unbegleitet
Termine bei:
Nächster Termin:
<b>Verantwortlich:</b>
<b>Vermittlung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Aufnahme PSZ:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Aufnahme Liste:</b> <input type="checkbox"/> Stellungnahme <input type="checkbox"/> Gutachten

## Dokumentation: