

## Jugendhilfe | Grunddatenerhebung

Datum \_\_\_\_\_

erfasst von \_\_\_\_\_

### **Angaben Klient\*innen**

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Geschlecht
Heimatort	Sozialvers.-Nr.
Nationalität	Konfession
Aufenthaltsstatus	Geplanter Eintritt
Aufenthaltsort bisher	Gruppe
Einweisungsgrund	Aktuelle Klasse /Niveau
Datum Eintritt	

### **Behörden**

Rechtsgrundlage  
Übernahme der  
Kosten durch:  
Wohnpauschale  
Schulpauschale  
Nebenkosten  
Besondere  
Verfügungen

#### Gesetzl. Vertreter

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ/Ort
Telefon (P)	E-Mail

#### Beistand

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ/Ort
Telefon (P)	E-Mail

#### Zuweisende Stelle

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ/Ort
Telefon (P)	E-Mail
Ansprechperson	

#### Begleitende Stelle

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ/Ort
Telefon (P)	E-Mail
Ansprechperson	

## Angaben zur Familie

### Mutter

Name	Strasse	
Vorname	PLZ/Ort	
Geburtsdatum	Nationalität	
Beruf	Arbeitsort	
Telefon (P)	Telefon (G)	
E-Mail		
Kontakt zu Klient*in		
Sorgeberechtigter Elternteil	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht/Obhut	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Vater

Name	Strasse	
Vorname	PLZ/Ort	
Geburtsdatum	Nationalität	
Beruf	Arbeitsort	
Telefon (P)	Telefon (G)	
E-Mail		
Kontakt zu Klient*in		
Sorgeberechtigter Elternteil	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht/Obhut	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Geschwister 1

Name	Aufenthaltsort
Vorname	Geburtsdatum
Kontakt	

### Geschwister 2

Name	Aufenthaltsort
Vorname	Geburtsdatum
Kontakt	

### Grosseltern (Eltern der Mutter)

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Kontakt	Telefon

### Grosseltern (Eltern des Vaters)

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Kontakt	Telefon

## Umfeld

### Weitere Personen / Stellen

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Telefon (P)	Telefon (G)
E-Mail	
Kontakt zu Klient*in	

### Wichtiger Kontakt für Klient\*in (Gotte, Tante, Onkel, Verwandte, Freund\*in, etc.)

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Telefon (P)	Telefon (G)
E-Mail	
Kontakt zu Klient*in	

### Kindergarten / Schule

Name der Schule	Lehrperson
Klasse	Telefon
E-Mail	

### Verein 1

Name	Anspr. Person
Telefon	E-Mail

### Verein 2

Name	Anspr. Person
Telefon	E-Mail

### Arzt

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

### Zahnarzt

Name	Strasse
Vorname	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail

### Versicherungen (Kopien nicht vergessen!)

Krankenkasse	KK Police Nr.
Haftpflicht	HP Police Nr.

## **Therapien**

### Therapie 1

Name	Strasse
Telefon	PLZ/Ort
E-Mail	

### Therapie 2

Name	Strasse
Telefon	PLZ/Ort
E-Mail	

Krankheiten / Meldungen / Allergien (Anerkennung der IV?)

Soziale Indikation

Schulbiographie

Bisherige Aufenthalte der Klient\*in (wo, wann, wie lange, Art des Aufenthaltes)