

## Jugendhilfe | Grunddatenerhebung

19.04.2021

**Datum**

**erfasst von**

### **Angaben Klient\*in**

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

### **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
E-Mail	

Ansprechperson

#### Begleitende Stelle

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

Ansprechperson

### **Angaben zur Familie**

#### Mutter

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Nationalität
Beruf	Arbeitsort
Telefon (P)	Telefon (G)
E-Mail	
Kontakt zur Klientin, zum Klienten	
Sorgeberechtigter Elternteil	ja    nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht/Obhut	ja    nein

#### Vater

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Nationalität
Beruf	Arbeitsort
Telefon (P)	Telefon (G)
E-Mail	
Kontakt zur Klientin, zum Klienten	
Sorgeberechtigter Elternteil	ja    nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht/Obhut	ja    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 zur Klientin, zum Klienten	

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

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Telefon (P)	Telefon (G)
E-Mail	
Kontakt zur Klientin, zum Klienten	

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 / Medikamente / Allergien (Anerkennung der IV?)

Soziale Indikation

Schulbiographie

Bisherige Aufenthalte der Klienting, des Klienten (wo, wann, wie lange, Art des Aufenthaltes)