

**Aufnahmeanfrage**  
**Ballin Kinderdiagnostik Timmendorfer Strand**

Fallzuständige Fachkraft des Jugendamtes/Allgemeines Sozialen Dienstes

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Bezirk/Region: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Tel. Geschäftszimmer: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Name des Kindes** \_\_\_\_\_

männlich weiblich divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Name, Geburtsdatum Kindesmutter: \_\_\_\_\_

Name, Geburtsdatum Kindesvater: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

Anschrift des/der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

**Anlass der Aufnahmeanfrage**

**Familiäre Situation**

**Problematik und Beschreibung des Kindes**

**Informationen aus dem bisherigen Hilfeverlauf** (Bitte teilen Sie uns wichtige Informationen mit, insbesondere Kindeswohlgefährdungsmeldungen, Inobhutnahmen, gerichtliche Verfahren, Entzug der elterlichen Sorge, Ergebnisse eines Sachverständigengutachtens)

**Fragestellung für den diagnostischen Prozess:**

**Aktuelle Hilfen** (bitte Zutreffendes ankreuzen) :

SPFH seit:

Erziehungsbeistand seit:

ReBBZ seit:

stationäre Unterbringung seit:

weitere Hilfen über den ASD:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers (Stempel)