

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)