



Aufnahmegesuch

1. Kind

Name:	_____	Adresse:	_____
Vorname:	_____		_____
Konfession:	_____	Geburtsdatum:	_____
AHV-Nummer:	_____	Bürgerort:	_____

2. Eltern

<u>Mutter</u>	<u>Vater</u>
Name: _____	Name: _____
Name (ledig): _____	
Vorname: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Bürgerort: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Telefon P.: _____	Telefon P.: _____
Telefon G.: _____	Telefon G.: _____
Mobile: _____	Mobile: _____
Beruf: _____	Beruf: _____
Zivilstand: _____	Zivilstand: _____
Konfession: _____	Konfession: _____

3. Geschwister

Name und Vorname	Geburtsdatum	Wohnort	Schule / Beruf

4. Inhaber der elterlichen Gewalt

- Eltern Mutter Vater Vormund

5. Beistand / Vormund

- Beistand Vormund freiwillige Beistandschaft

Name: _____ Adresse: _____
Vorname: _____
Telefon G.: _____ Telefon P.: _____

6. Rechtsgrundlage der Heimeinweisung

Rechtsgrundlage:

7. Schule

Besuchte Schulen	Schuljahr:	Ort:	Typ:
Kindergarten:			
1. Klasse	_____	_____	_____
2. Klasse	_____	_____	_____
3. Klasse	_____	_____	_____
4. Klasse	_____	_____	_____
5. Klasse	_____	_____	_____
6. Klasse	_____	_____	_____
1. Sek:	_____	_____	_____
2. Sek:	_____	_____	_____
3. Sek:	_____	_____	_____
Repetierte Klassen:	_____	_____	_____

8. Abklärungen

- | | | | |
|--|-------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Pers. Vorgeschichte | _____ | <input type="checkbox"/> Bericht liegt vor | Verfasst am: _____ |
| <input type="checkbox"/> Familienanamnese | _____ | <input type="checkbox"/> Bericht liegt vor | Verfasst am: _____ |
| <input type="checkbox"/> medizinisch | _____ | <input type="checkbox"/> Bericht liegt vor | Verfasst am: _____ |
| <input type="checkbox"/> psychologisch | _____ | <input type="checkbox"/> Bericht liegt vor | Verfasst am: _____ |

9. Personen- und Sachversicherungen

Krankenvers.: _____ Unfallvers.: _____

Police Nr.: _____

Police Nr.: _____

Haftpflichtvers.: _____

Police Nr.: _____

10. IV-Verfügung

- IV-Kind nicht IV-Kind

Sonderschulmassnahmen: vom: _____ bis: _____

Päd.therap. Massnahmen: vom: _____ bis: _____

Med. Massnahmen: vom: _____ bis: _____

11. Gesundheitszustand

Allgemein: _____

Auffälligkeiten: _____

Körpergrösse: _____

Gewicht: _____

Adresse bisheriger Hausarzt

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Adresse bisheriger Zahnarzt

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

12. Kostengutsprache

Heimaufenthalt
(Pensionskosten)

Erteilt durch / Rechnungsadresse:

Nebenauslagen

Erteilt durch / Rechnungsadresse:

Therapie

Erteilt durch / Rechnungsadresse:

Arztrechnungen

Erteilt durch / Rechnungsadresse:

Ort:

Datum:

Unterschrift: _____

13. Einweisende Instanz / Vertreten durch / Unterschrift

Einweisende Instanz:

Vertreten durch:

Ort:

Datum:

Unterschrift: _____

14. Autorisation

Die Eltern erlauben dem Wohnheim Paradies nach definitiver Aufnahme ihrer Tochter, ihres Sohnes, die zur Erziehung notwendigen Auskünfte, resp. Berichte bei medizinischer, psychologischer, pädagogischer und amtlichen Fachstellen einzuholen.

15. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Ort:

Datum:

Unterschrift: _____

Alle Informationen unterstehen der beruflichen Schweigepflicht und werden von den Mitarbeitenden des Wohnheims Paradies streng vertraulich behandelt.