



AUFNAHME ANFRAGE

Anfragesteller*in

Institution: _____

Name: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Klient*in

Name: _____

Vorname: _____

Alter/Geb.-Datum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Datum: _____

1. **Welche Form der Unterbringung wird gesucht?** FEM FEM-s I I-s R V IM

FEM = freiheitsentziehende Maßnahme, FEM-s = freiheitsentziehende Maßnahme f. Jungen mit sex. grenzverletzendem Verhalten, I = Intensivwohngruppe,

I-s = Intensivwohngruppe für Jungen mit sex. grenzverletzendem Verhalten, R = Regelwohngruppe, V = Verselbständigungsangebot, IM = Individualpädagogische Maßnahme (Inland/Ausland)

1.1 **Beschluss nach §1631b BGB vorhanden?** Ja Nein

Ergänzung:

2. **Clearing erforderlich** Ja Nein

3. **Handelt es sich um ein unbegleitetes ausländisches Kind (Jugendlichen)?** Ja Nein

4. **Anzahlen der bisherigen stationären Hilfeunterbringungen?**

5. **Aktuelle Unterbringungsform/aktueller Aufenthaltsort?**

6. **Wer hat das Sorgerecht?** Kindesmutter Kindesvater Adoptiveltern Vormund

7. **Mitwirkungsbereitschaft der Bezugsperson(en) vorhanden?** Ja Nein

8. **Eigenmotivation des/der Klient*in (bzgl. Veränderung/ Unterbringung)?** Ja Nein

9. **Ressourcen**

10. **Körperliches Erscheinungsbild/ Statur**

11. **Diagnosen?** Ja Nein

Wenn Ja, welche?

12. **Drogenkonsum?** Ja Nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

13. **Delinquenz/Auffälligkeit:** Ja Nein

Wenn Ja, welche: (z.B. sexuelle Devianz, Sachbeschädigung, Körperverletzung etc.)

13.1 **Wenn sexuelle Devianz vorhanden, kurze Beschreibung.**

14. **Aggressives Verhalten?** Ja Nein

Wenn Ja, welches? selbstverletzend gegen Personen gegen Gegenstände

15. **Abgängiges Verhalten?** Ja Nein

16. **Schulform / Jahrgang?**

17. **Schulverweiger*in?** Ja Nein

18. **IQ** (wenn ein Ergebnis vorliegt)

19. **Förderschwerpunkt vorhanden?** Ja Nein

Wenn Ja, welche/r?

Emotionale und soziale Entwicklung Lernen Geistige Entwicklung

Körperliche und motorische Entwicklung Hören Sehen Sprache

Unterricht kranker Schüler*innen sonstige

20. **Medikation?** Ja Nein

Wenn Ja, welche?

21. **Sonstige Besonderheiten des /der Klient*in?**

Bitte senden Sie zur schnelleren Bearbeitung Ihrer Anfrage möglichst aktuelle und aussagekräftige Berichte sowie den ausgefüllten Fragebogen an:

Herrn Manuel Möllers

E-Mail: aufnahmen-martinistift@alexianer.de

Bei Nachfragen erreichen Sie mich unter: **Tel. (02509) 8 82 81 19**

Wir werden uns dann zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.