



## Basisinformation für die Aufnahme

## BI - Units

### Mutter&Kind-Units

Sie können dieses Formular mit oder ohne Klientin **möglichst vollständig** und **gut leserlich** ausfüllen und uns faxen (044 416 23 01) oder per Post zustellen.

**Fehlende Informationen** werden von uns in der Abklärungs-, Indikationsphase im Kontakt mit der Klientin beschafft.

Mit \* bezeichnet (Pflichtfelder): **bitte ausfüllen**

1. Kurzangaben zur Klientin *	
Name*:	
Wohnadresse*:	
Meldeadresse*:	
Tel:	
Mobil*:	
Heimatort/Nation*:	

2. Kurzangaben zur zuweisenden Stelle *	
Anfragende Stelle*:	
Zuweisende Stelle (Kostenträger)*:	
Kontaktperson*:	
Tel*:	
E-Mail*:	
Mobil:	
Fax*:	
Rechnungsadresse*:	
Zuständige Teamleiterin:	
Tel:	
E-Mail:	
Fax:	

## Angaben zur Klientin / zum Klientensystem

3. Angaben zur Klientin*			
Geburtsdatum*:		Nationalität / Ausländerausweis*:	
Konfession:		In CH seit:	
Krankenkasse*:		Mitgliedernr.*:	
<b>Ausbildung:</b> <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre <input type="checkbox"/> Diplommittelschule/Matura <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule/Hochschule <input type="checkbox"/> andere		<b>Berufliche Tätigkeit:</b> <hr/> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> in Ausbildung <input type="checkbox"/> Familienfrau <input type="checkbox"/> weiss nicht	
<b>Sprachkenntnisse in Deutsch*:</b> <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse <input type="checkbox"/> mittlere K. <input type="checkbox"/> schlechte K.		<b>Muttersprache, wenn nicht Deutsch*:</b> <hr/>	
<b>Aktuelle Lebenssituation*</b> <input type="checkbox"/> lebt in der Herkunftsfamilie <input type="checkbox"/> lebt in einer Institution (Wohngruppe, Jugendheim, begl. Wohnen) Wo / welche? _____ <input type="checkbox"/> lebt in einer eigenen Wohnung / in einem Zimmer <input type="checkbox"/> lebt mit Kindsvater zusammen <input type="checkbox"/> lebt mit Partner (nicht Kindsvater) zusammen			
<b>Zivilstand*:</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet		
4. Angaben zum Kind / zu den Kindern			
4.1 Schwangerschaft / Geburt			
Erwarteter Geburtstermin*:			
Zuständige Frauenärztin:			
Spital, wo Geburt geplant ist:			
Bisheriger Schwangerschaftsverlauf:			
Krankenkasse*:			
Vers. Nummer*:			
4.2 Zum Säugling/Kleinkind (wenn die Geburt bereits erfolgt ist) *			
Name*:		Geschlecht*:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum*:			
Nationalität*:	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> nicht CH, welche?		
Zuständige(r) Kinderarzt:			

Krankenkasse*:		Vers. Nummer*:	
Angaben zum Geburtsverlauf:			
<b>4.3 Ist die aktuelle Schwangerschaft / War das Neugeborene erwünscht?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>4.4 Wird für das Ungeborene / Neugeborene eine Adoption erwogen?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>4.5 Gibt es Anzeichen für Entwicklungsauffälligkeiten beim Baby?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?
<b>4.6 Weiteres Kind (wenn mitplatziert werden soll*)</b>			
Name:			
Geburtsdatum:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Nationalität:	<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> nicht CH, welche?		
Zuständige(r) Kinderarzt:			
Krankenkasse:		Vers. Nummer:	
Weitere Angaben zum Kind (Beistandschaft, Verhaltensauffälligkeiten, Krankheiten, Behinderung):			
<b>5. Angaben zum Kindsvater (KV)</b>			
Name*:		Geburtsdatum:	
Nationalität / Ausländerausweis:		In CH seit:	
Konfession:		Tel.:	
<b>Ausbildung des Kindsvaters</b> <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre <input type="checkbox"/> Diplommittelschule/Matura <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule/Hochschule <input type="checkbox"/> andere	<b>Berufliche Tätigkeit:</b> <hr/> <b>Arbeitsort:</b> <hr/>		
<b>Sprachkenntnisse in Deutsch:</b> <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse <input type="checkbox"/> mittlere K. <input type="checkbox"/> schlechte K.	<b>Muttersprache, wenn nicht Deutsch</b> <hr/>		
<b>6. Angaben zum aktuellen Lebenspartner (nicht KV)</b>			
Name:		Geburtsdatum:	
Nationalität / Ausländerausweis:		In CH seit:	
Konfession:		Tel.:	

<b>Ausbildung des Kindsvaters</b> <input type="checkbox"/> obligatorische Schule <input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre <input type="checkbox"/> Diplommittelschule/Matura <input type="checkbox"/> Höhere Fachschule/Hochschule <input type="checkbox"/> andere		<b>Berufliche Tätigkeit:</b> <hr/> Arbeitsort: <hr/>		
<b>Sprachkenntnisse in Deutsch:</b> <input type="checkbox"/> Muttersprache <input type="checkbox"/> gute Kenntnisse <input type="checkbox"/> mittlere K. <input type="checkbox"/> schlechte K.		<b>Muttersprache, wenn nicht Deutsch</b> <hr/>		
7. Wichtige Personen im Umfeld der Klientin				
	Name	Beziehung zur Klientin	Alter	m/w
a)				
b)				
c)				
8. Ergänzungen zur Familienzusammensetzung				
Machen Sie allfällige <b>Ergänzungen zur Familienzusammensetzung</b> , wenn sie diese bis hier nicht hinreichend darstellen konnten (auf einem separaten Blatt, evt. Genogramm).  				
9. Ereignisse in Herkunftsfamilie				
Wichtige <b>Ereignisse</b> in der Herkunftsfamilie der Klientin (Scheidung, Tod, Krankheit, Migration u.ä.)  				

## 10. spezielle Belastungen der Klientin

**Welche spezielle Belastungen der Klientin** sind Ihnen bekannt\*:

psychische Erkrankung/Probleme (welche?)

\_\_\_\_\_

Es sind psychiatrische Berichte vorhanden.

Welche? \_\_\_\_\_

Suchtprobleme (welche?)

\_\_\_\_\_

Erfahrungen physischer/ psychischer Gewalt (was, von wem ggb. wem?)

\_\_\_\_\_

Andere Belastungen der Klientin (welche?)

\_\_\_\_\_

Spezielle Belastungen/Probleme des Kindsvaters resp. des aktuellen Partners (welche?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. Gründe für die Anmeldung\*

11.1 **Gründe für die Anmeldung / aktuelle Probleme** der Klientin\*

11.2 Was sind **besondere Ressourcen** im Umfeld der Klientin? (KV/Partner, Eltern, Freunde)\*

11.3 Welche **Risiken** gibt es im Umfeld der Klientin?\*

11.4 Wie beurteilen Sie die **Sicherheit im Umfeld der Klientin**?\*  
(Informationen/Vermutungen über körperliche Gewalt, Misshandlung, sexuellen Missbrauch)

11.5 Welche **Interventionen** gab es bereits in der **Vergangenheit** (Stellen, Zeitraum)?\*

11.6 Was sind Ihre **Ziele** für den Aufenthalt??

- für die Kindsmutter:
  
- für das Kind (die Kinder):
  
- für Mutter und Kind:

11.7. Sind aktuell **andere Fachleute** für die Klientin engagiert?  ja  nein  
Wenn ja: welche und für wen?

11.8. Ist die Klientin (und ggf. der Kindsvater/der Partner) über die formulierten Ziele und über allfällige Massnahmen für das Kind informiert?  ja  nein  
Wenn ja: wie war die **Reaktion**?

11.9 **Seit wann** stehen Sie in Kontakt mit der Klientin?\* seit: \_\_\_\_\_  
Datum des **letzten Kontaktes** zwischen Ihnen und der Klientin: \_\_\_\_\_

11.10 Welches Angebot ist aus Ihrer Sicht indiziert? (auch Kombinationen möglich)\*

**Begleiten und unterstützen der Mutter-Kind-Interaktion**(Dauer mind. 6 Monate bis max. 2 Jahre)  
strukturiertes Programm mit sozialpädagogischer Abklärung, Ableitung klarer Zielsetzungen, Training der Alltagskompetenz und Erweiterung der Kompetenzen als Mutter und Frau, schulisch-berufliche Förderung, Standortbestimmung mit ca. 3 Monaten Zwischenbericht (nach Eintritt resp. nach der Geburt) und nach ca. 6 Monaten mit Empfehlungen für die nächsten Schritte.

**Sozialpädagogische Abklärung des Kindeswohls**

Ungeborenes / Neugeborenes (Dauer 4 – 6 Monate)

Kleinkind (Dauer ca. 4 Monate)

mehrdimensionale Erfassung der Lebensbedingungen und Entwicklungschancen des Kindes und der Mutter-Kind-Interaktion mit Empfehlungen für Anschlusshilfen für die Mutter und für das Kind.

11.11 Welche **rechtlichen Grundlagen** sind massgebend für den geplanten Aufenthalt?\*

**Mutter:**

- Zivilrechtliche Massnahme (welche? \_\_\_\_\_ )
- Strafrechtliche Massnahme (welche? \_\_\_\_\_ )
- freiwillige Massnahme
- anders, was? \_\_\_\_\_

**Kind:**

- Zivilrechtliche Massnahme (welche? \_\_\_\_\_ )
- anders, was? \_\_\_\_\_

11.12 **Gewünschter Aufnahmetermin:** \_\_\_\_\_

11.13 Formular ausgefüllt **zusammen mit der Klientin**\*?

ja

nein

Bemerkungen

Ort/Datum

Für die zuweisende Stelle\*

Name/Unterschrift