



## 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  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, **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](mailto: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.