

# INTERNE Mitteilung zur Aufnahme / Entlassung / Änderung

|                                            |                                      |                                             |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufnahme          | <input type="checkbox"/> Änderung    | <input type="checkbox"/> Entlassung         |
| Abteilungsnummer/-Name (KST)               |                                      |                                             |
| Aufnahmetag / Entlasstag / Veränderungstag |                                      |                                             |
| Leistungsbereich <input type="checkbox"/>  | Graubereich <input type="checkbox"/> | Gefährdungsbereich <input type="checkbox"/> |

|                        |                                                                                                                                                                                    |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nachname des Klienten: |                                                                                                                                                                                    |
| Vorname des Klienten:  |                                                                                                                                                                                    |
| Geschlecht:            | m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>                                                                                                   |
| Geburtsdatum:          |                                                                                                                                                                                    |
| Straße/ PLZ / Ort:     |                                                                                                                                                                                    |
| Telefon:               |                                                                                                                                                                                    |
| Staatsangehörigkeit:   |                                                                                                                                                                                    |
| Erziehungsberechtigte: | Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/><br>sonstiges: _____ |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Jugendamt:                     |  |
| Sachbearbeiter ASD / Team Nr.: |  |
| Straße / Ort:                  |  |
| Telefonnummer:                 |  |
| Aktenzeichen / PID Nummer:     |  |

|                             |  |      |                              |                              |                                     |
|-----------------------------|--|------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Fallführende/r Pädagoge/in: |  | Std. | Wo: <input type="checkbox"/> | Mo: <input type="checkbox"/> | Kont.: <input type="checkbox"/> bis |
| Ggf. ergänzend:             |  | Std. | Wo: <input type="checkbox"/> | Mo: <input type="checkbox"/> | Kont.: <input type="checkbox"/> bis |
| Kinderkrankenschwester:     |  | Std. | Wo: <input type="checkbox"/> | Mo: <input type="checkbox"/> | Kont.: <input type="checkbox"/> bis |
| Familienhelfer*in:          |  | Std. | Wo: <input type="checkbox"/> | Mo: <input type="checkbox"/> | Kont.: <input type="checkbox"/> bis |

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Fall – Stunden alt: | Fall – Stunden neu: |
|---------------------|---------------------|

| Leistungsart                        | Face to Face |      |
|-------------------------------------|--------------|------|
|                                     | ja           | nein |
| FLSTD Sozialpädagoge                |              |      |
| FLSTD Erzieher (nur Kreis HS)       |              |      |
| Kinderkrankenschwester              |              |      |
| Familienhelferin                    |              |      |
| Integrationshilfe                   |              |      |
| SPFH 1                              |              |      |
| SPFH 2                              |              |      |
| Therapeutische FLS                  |              |      |
| Therapeutische FLS Co.              |              |      |
| Ambulant Betreutes Wohnen (mit LU)  |              |      |
| Ambulant Betreutes Wohnen (ohne LU) |              |      |
| <b>Leistungsart</b>                 |              |      |
| FAM                                 |              |      |
| FSP                                 |              |      |
| Baby-FAM                            |              |      |
| Reintegration                       |              |      |
| Gruppenarbeit                       |              |      |
| Erziehungsstelle                    |              |      |

| Leistungsart            |  |
|-------------------------|--|
| Bereitschaftspflege     |  |
| Stationär/Wohngruppe    |  |
| Muki-Gruppe §           |  |
| IBW                     |  |
| IBW Eltern Kind         |  |
| Tagesgruppe             |  |
| Tagesgruppe Eltern-Kind |  |
| Kinderfördergruppe      |  |
| UMF/Ponto/Brückenlösung |  |
| Inobhutnahme Haus Aira  |  |
| Kindergruppe Haus Aira  |  |
| TG Haus Aira            |  |
| IBW Haus Aira           |  |
| <b>Sonstige Angaben</b> |  |
|                         |  |

|               |        |
|---------------|--------|
| Unterschrift: | Datum: |
|---------------|--------|