**Stammdatenblatt Aufnahme**

Vorname:       Name:       Geburtsdatum:

**1. Auftraggeber**

|  |  |
| --- | --- |
| Einweisende Behörde: |  |
| Zuständige/r Mitarbeiter/in: |  |
| Postadresse: |  |
| E-Mail: |  |
| Telefon: |  |

**2. Persönliche Angaben**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse  PLZ, Wohnort |  | Geburtsdatum |  |
| Nationalität |  | Bürgerort |  |
| Tel. Mobil |  | E-Mail-Adresse |  |
| Konfession |  | Elterliche Sorge |  |
| Krankenkasse |  | KK-Nummer (21 Stellen) |  |
| Unfall-Vers. |  | Haftpflicht- Vers. |  |
| Muttersprache |  | Deutschkenntnisse |  |
| AHV-Nummer |  | Aufenthaltsstatus |  |
| In der Schweiz seit |  |  |  |

# 3. Rechtliche Situation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Art | Wer/Rechtstitel | Vorname, Name |
| Elterliche Sorge |  |  |
| Aufenthaltsbestimmungs-recht |  |  |
| Einweisungsgrundlage |  |  |
| Beistandschaft |  |  |

**4. Medikation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | Dosierung | Einnahmeschema | Verordnet von: | Rezept beigelegt |
|  |  |  |  | □ |
|  |  |  |  | □ |
|  |  |  |  | □ |
|  |  |  |  | □ |

Zur Vervollständigung des Dossiers bitten wir Sie folgende Unterlagen beizulegen:

* **Kopie aktuelle Unfallversicherung**
* **Kopie aktuelle Haftpflichtversicherung**
* **Austrittsbericht der letzten Platzierung**
* **Kopie aller Rezepte der aktuellen Medikation**
* **Krankenkassenkarte (original)**

Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

|  |
| --- |
| Ort, Datum: |
| Vorname, Name, Funktion Einweiser/in: |
| Unterschrift Auftraggeber/in: |