

Anfragebogen zur Vermittlung eines UmA in Vollzeitpflege					
Pflegeform Heilpäd.	SZ	CM	AV/EV		
		Kontaktdaten Einrichtung (Telefonnummer, Mail)	BezugsbetreuerIn		
Auftrag		Offene Suche			
		Überprüfen einer bestehenden Idee			
		Umwandlung von Tages/Kurzzeit/Verwandten(SGB XII), Ü.pflege			
Geschwistervermittlung					
Name, Vorname, Alter			Mä chen		Jun ge
Adresse aktuell					
Rechtssituation/ Aufenthaltsstatus					
Religion					
Staatsangehörigkeit					
Alterseinschätzung erfolgt?					
Vorgeschichte/ Fluchtweg					
Erstuntersuchung erfolgt?					
Polizeidienstliche Erkennung erfolgt?					
Liegen Strafanzeigen vor?					
Schule : Anmeldung erfolgt?					
Krankenkasse angemeldet?					
Haltung des Kindes/Jugendlichen zur Maßnahme					
Vorherige Einrichtung					
Akute oder Chronische Krankheiten					
Psychische Auffälligkeiten					
Behinderungen					
Gutachten etc.					
Therapie					
Ambulante Maßnahmen					
Förderung					

Eltern	
Geschwister	
Sprachen	
Sprachverständnis Deutsch	
Entwicklungsstand/ Reifegrad	
Sozialverhalten	
Konfliktverhalten	
Freundschaften	
Freizeit/Hobby	
Mentorenschaft	
Einschätzung des Bezugsbetreuers zur Maßnahme	
Günstige Konstellation/ Bestehende Idee	
Eigene Vorstellungen/Wünsche	
Sonstiges	

VerfasserIn:

Datum: