



Landratsamt Freising

- Jugend und Familie -



Anamnesebogen

Bitte vor dem Erstgespräch ausfüllen

1. Personalien

Junger Mensch	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Geburtsdatum	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus	
Beruf/Schule/KiGa	
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> alleinig <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Elternteil 1	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Telefon / E-Mail	
Geburtsdatum	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus	
Beruf	

Elternteil 2	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Name	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Telefon /E-Mail	
Geburtsdatum	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus	
Beruf	

Geschwister				
Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
PLZ, Wohnort				
Straße, Hausnummer				
Telefon				
Geburtsdatum				
Elternteil 1				
Elternteil 2				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus				
Beruf/Schule/KiGa				
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Elternteil 1 <input type="checkbox"/> Elternteil 2 <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Lebensgefährte Elternteil 1		Lebensgefährte Elternteil 2	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
PLZ, Wohnort		PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
Telefon/ E-Mail		Telefon/ E-Mail	
Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Staatsangehörigkeit		Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus		Aufenthaltsstatus	
Beruf		Beruf	

Weitere relevante Familienmitglieder

2. Kontaktaufnahme

2.1 Grund für den Kontakt:

2.2 Vorausgegangene Hilfen zur Erziehung durch ein Jugendamt:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche: wann: welches Jugendamt:

2.3 Haben Sie bereits Kontakt zu weiteren hilfegebenden Stellen aufgenommen?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja welche:
	<input type="checkbox"/> Elternberatungsstelle
	<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle
	<input type="checkbox"/> Suchtberatungsstelle
	<input type="checkbox"/> Schwangerenberatungsstelle
	<input type="checkbox"/> Koordinierende Kinderschutzstelle (KoKi) Freising für Kinder von 0-3 Jahren
	<input type="checkbox"/> Trennungs- und Scheidungsberatung – Jugend und Familie Freising, Sachgebiet 55
	<input type="checkbox"/> Themenspezifische Beratung für Frauen
	<input type="checkbox"/> Themenspezifische Beratung für Männer
	<input type="checkbox"/> Jugendsozialarbeit an Schulen
	<input type="checkbox"/> therapeutische Anbindung
	<input type="checkbox"/> Wohnungsamt
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

3. Auffälligkeiten, gesundheitliche Beeinträchtigung in der Entwicklung
(körperlich, seelisch, psychisch)

3.1. Allgemein

3.2 Diagnosen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche: Praxis: Gutachten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: <i>Bitte fügen sie die Diagnose in Kopie bei!</i>

3.3 stationärer Aufenthalt
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von: bis: wo?

4. Sonstige Angaben

4.1 Weitere notwendige Angaben

--

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte per E-Mail an falleingang-asd@kreis-fs.de. Hierfür muss das Formular zuerst gespeichert werden, damit es dann als Anlage per E-Mail gesendet werden kann. Vielen Dank.

5. Weiteres Vorgehen – wird beim Erstgespräch von der Fachkraft ausgefüllt!

Ersttermin hat stattgefunden am:	
Uhrzeit:	
Bearbeitung durch:	
Teilnehmer:	

Entwicklung des Kindes / Jugendlichen

Schulische Situation / Kindertagesstätte

Freizeitverhalten

Schwierigkeiten und Stärken des Kindes /Jugendlichen aus Sicht der Familienmitglieder

Sonstiges

--

Ort, Datum

Unterschrift zuständige Fachkraft