**Anmeldeformular HotA**

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular im Gespräch mit der Familie möglichst vollständig aus und senden es uns **unterschrieben** an folgende Adresse:

Stiftung HotA Hometreatment Aargau, Hammer 18, 5000 Aarau oder per E-Mail an: hota@hin.ch

Besten Dank!

Vor- und Nachname Indexpatient/-in:

Strasse:

PLZ/Ort:

Krankenkasse: AHV-Nr.: 756.

Hausarztmodell: O Ja O Nein

IV-Verfügung vorhanden: O Ja O Nein Wenn ja, Verfügungs-Nr.:

HotA hat verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten für die Begleitung. Nach der Anmeldung werden wir uns bei der Familie und der zuweisenden Stelle melden, um die passende Finanzierung zu klären. Die Begleitung kann erst nach Vorliegen einer Kostengutsprache starten.

**Zuweisende Stelle**

Name/Vorname Kontaktperson:

Name Praxis/Behörde/Fachstelle usw.:

Strasse/PF:

PLZ/Ort:

Tel. Zentrale: Tel. Direktwahl:

Mobil G: E-Mail:

Seit wann stehen Sie in Kontakt zu dieser Familie?

Wie viele Gespräche haben Sie bereits mit der Familie geführt? Ca.

Datum des letzten Kontaktes zwischen Ihnen und der Familie:

Wie haben die Eltern auf die Anmeldung bei HotA reagiert?

Bemerkungen:

**Kontaktdaten Bezugspersonennetz /Aktuelle Situation**

|  |
| --- |
| **Vor- und Nachname 1. Bezugsperson**  |
| O Mutter : \_\_\_O Vater: \_\_\_\_O\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtsdatum  | Adresse | Erziehungsberechtigt O Ja O Nein |
| Aktuelle Berufliche Tätigkeit, Pensum und Arbeitstage | Nationalität/Ausländerausweis in CH seit | Deutschkenntnisse |
| Telefonnummer:   | E-Mail:   |
| **Vor- und Nachname 2. Bezugsperson**  |
| O Mutter : \_\_\_O Vater: \_\_\_\_O\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Geburtsdatum  | Adresse | Erziehungsberechtigt O Ja O Nein |
| Aktuelle Berufliche Tätigkeit, Pensum und Arbeitstage | Nationalität/Ausländerausweis in CH seit | Deutschkenntnisse |
| Telefonnummer:   | E-Mail:   |
| 1. 3. **Familienstand** der Eltern: ο verheiratet ο ledig ο getrennt ο geschieden ο sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 4. Weitere **Bezugspersonen** |
| 1. a) Name

  | Geburtsdatum   | Adresse  | ErziehungsberechtigtO Ja O Nein  |
| 1. Beziehung zur Familie

  | Telefonnummer   | E-Mail:   |
| 1. a) Name

  | Geburtsdatum   | Adresse  | ErziehungsberechtigtO Ja O Nein  |
| 1. Beziehung zur Familie

  | Telefonnummer   | E-Mail:   |
| 1. 5. Wichtige **Familienereignisse**, wie Scheidung, Tod, Migration u.ä.
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 6. **Kinder**
 | Geburts-datum | Geschlecht | Zuhause wohnend (ja/nein) | Fokuskind (ja/nein) | Deutschkenntnisse |
| a) |  |  |  |  |  |
| b) |  |  |  |  |  |
| c) |  |  |  |  |  |
| d) |  |  |  |  |  |
| e) |  |  |  |  |  |
| f) |  |  |  |  |  |
| 1. 7. Welche Kinder sind **leibliche Kinder der Mutter/1. Bezugsperson** (Buchstaben einkreisen): a b c d e f
 |
| 1. 8. Welche Kinder sind **leibliche Kinder des Vaters/2. Bezugsperson** (Buchstaben einkreisen): a b c d e f
 |
| 9. **Ausbildungssituation Kinder** | Krippe/Kindergarten/Schule/Lehrbetrieb | Kontaktperson/Tel. |
| a) |  |  |
| b) |  |  |
| c) |  |  |
| d) |  |  |
| e) |  |  |
| f) |  |  |
| 1. 10. **Gründe für die Anmeldung /aktuelle Probleme** in der Familie aus Sicht der zuweisenden Stelle
 |
| 1. 11. Bestehen psychiatrische Erkrankungen in der Familie? (Eltern und/oder Kinder).
2. Bitte Diagnose und behandelnde/-r Ärztin/Arzt angeben:
 |
| 1. 12. Was sind weitere bestehende Belastungsfaktoren in dieser Familie?
 |
| 1. 13. Einschätzung der **Kindeswohlgefährdung innerhalb der nächsten 6 Monate** durch die zuweisende Stelle
2. (ankreuzen):
 |
| a) |  |  |  |  |  |
| b) |  |  |  |  |  |
| c) |  |  |  |  |  |
| d) |  |  |  |  |  |
| e) |  |  |  |  |  |
| f) |  |  |  |  |  |
|  | (sehr) gering | eher gering | eher hoch | hoch | sehr hoch |
| 1. 14. Besteht bereits eine **Kindesschutzmassnahme**?

O nein O Ja, welche und von wem? Falls Beistandschaft, wer?:  |
| 1. 15. Welche **Interventionen** gab es bereits in der **Vergangenheit** (Stelle, Zeitraum)?
 |
| 16. Wurden in der **Vergangenheit** Kinder **fremdplatziert**? O ja O neinWenn ja: welches Kind (Buchstabe einkreisen): a b c d e fWo und wie lange? |
| 1. 17. Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer **Fremdplatzierung innerhalb der nächsten 6 Monate** durch die zuweisende Stelle (ankreuzen):
 |
| 1. a)
 |  |  |  |  |  |
| 1. b)
 |  |  |  |  |  |
| 1. c)
 |  |  |  |  |  |
| 1. d)
 |  |  |  |  |  |
| 1. e)
 |  |  |  |  |  |
| 1. f)
 |  |  |  |  |  |
|  | 1. (sehr) gering
 | 1. eher gering
 | 1. eher hoch
 | 1. hoch
 | 1. sehr hoch
 |
| 1. 18. Sind aktuell **andere Fachleute** für die Familie engagiert? O nein O ja, welche und für wen?
 |
| 1. 19. **Dringlichkeit** der Anmeldung O mässig O mittel O hoch
 |
| 20. **Gewünschter Beginn** der Hilfe:  |
| 21. Welche **rechtlichen Grundlagen** sind massgebend für die geplante Familienintervention?1. O Zivilrechtliche Massnahme O Strafrechtliche Massnahme (JUGA)
2. O freiwillige Massnahme O anderes, was?
 |
| 22. **Schlussbestimmungen** Mit der Unterschrift und dem Versand der Anmeldung erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Personendaten für die Verarbeitung des Falles von den Mitarbeitenden der Stiftung HotA verwendet und gespeichert werden, Kontakt mit der zuweisenden Stelle aufgenommen wird und Sie sowohl die Datenschutzerklärung von HotA wie auch die der Ärztekasse auf unserer Homepage [www.hota.ch](http://www.hota.ch) gelesen haben und damit einverstanden sind.  |
| Ort/Datum | Für die zuweisende StelleName/Unterschrift |
| Ort/Datum | Für die betroffene FamilieName/Unterschrift |

© Anmeldeformular modifiziert nach Kitty Cassée 2005 (mit freundlicher Genehmigung)