

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: Ja Nein

IV-Verfügung vorhanden: Ja 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			
<input type="checkbox"/> Mutter _____ <input type="checkbox"/> Vater _____ <input type="checkbox"/> _____	Geburtsdatum	Adresse	Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktuelle Berufliche Tätigkeit, Pensum und Arbeitstage		Nationalität/Ausländerausweis in CH seit	Deutschkenntnisse
Telefonnummer:		E-Mail:	
Vor- und Nachname 2. Bezugsperson			
<input type="checkbox"/> Mutter _____ <input type="checkbox"/> Vater _____ <input type="checkbox"/> _____	Geburtsdatum	Adresse	Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktuelle Berufliche Tätigkeit, Pensum und Arbeitstage		Nationalität/Ausländerausweis in CH seit	Deutschkenntnisse
Telefonnummer:		E-Mail:	
3. Familienstand der Eltern: <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> getrennt <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> sonstiges: _____			
4. Weitere Bezugspersonen			
a) Name	Geburtsdatum	Adresse	Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehung zur Familie	Telefonnummer	E-Mail:	
b) Name	Geburtsdatum	Adresse	Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehung zur Familie	Telefonnummer	E-Mail:	
5. Wichtige Familienergebnisse , wie Scheidung, Tod, Migration u.ä.			

6. Kinder	Geburtsdatum	Geschlecht	Zuhause wohnend (ja/nein)	Fokuskind (ja/nein)	Deutschkenntnisse
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					
f)					
7. Welche Kinder sind leibliche Kinder der Mutter/1. Bezugsperson (Buchstaben einkreisen): a b c d e f					
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)					
10. Gründe für die Anmeldung /aktuelle Probleme in der Familie aus Sicht der zuweisenden Stelle					
11. Bestehen psychiatrische Erkrankungen in der Familie? (Eltern und/oder Kinder). Bitte Diagnose und behandelnde/-r Ärztin/Arzt angeben:					
12. Was sind weitere bestehende Belastungsfaktoren in dieser Familie?					
13. Einschätzung der Kindeswohlgefährdung innerhalb der nächsten 6 Monate durch die zuweisende Stelle (ankreuzen):					
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					
f)					
	(sehr) gering	eher gering	eher hoch	hoch	sehr hoch

<p>14. Besteht bereits eine Kindesschutzmassnahme? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, welche und von wem? Falls Beistandschaft, wer?:</p>																																															
<p>15. Welche Interventionen gab es bereits in der Vergangenheit (Stelle, Zeitraum)?</p>																																															
<p>16. Wurden in der Vergangenheit Kinder fremdplatziert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja: welches Kind (Buchstabe einkreisen): a b c d e f Wo und wie lange?</p>																																															
<p>17. Einschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung innerhalb der nächsten 6 Monate durch die zuweisende Stelle (ankreuzen):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>e)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>f)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(sehr) gering</td> <td>eher gering</td> <td>eher hoch</td> <td>hoch</td> <td>sehr hoch</td> </tr> </table>						a)						b)						c)						d)						e)						f)							(sehr) gering	eher gering	eher hoch	hoch	sehr hoch
a)																																															
b)																																															
c)																																															
d)																																															
e)																																															
f)																																															
	(sehr) gering	eher gering	eher hoch	hoch	sehr hoch																																										
<p>18. Sind aktuell andere Fachleute für die Familie engagiert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche und für wen?</p>																																															
<p>19. Dringlichkeit der Anmeldung <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch</p>																																															
<p>20. Gewünschter Beginn der Hilfe:</p>																																															
<p>21. Welche rechtlichen Grundlagen sind massgebend für die geplante Familienintervention?</p> <p><input type="checkbox"/> Zivilrechtliche Massnahme <input type="checkbox"/> Strafrechtliche Massnahme (JUGA) <input type="checkbox"/> freiwillige Massnahme <input type="checkbox"/> anderes, was?</p>																																															
<p>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 gelesen haben und damit einverstanden sind.</p>																																															
Ort/Datum	Für die zuweisende Stelle																																														
	Name/Unterschrift																																														
Ort/Datum	Für die betroffene Familie																																														
	Name/Unterschrift																																														