



Aufnahmebogen Kindernotaufnahme Stationäre Hilfen

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Gruppe: _____

Datum der Aufnahme	
Rechtsgrundlage	<input type="checkbox"/> § 42 (Inobhutnahme) <input type="checkbox"/> § 34 (Notaufnahme/ Heimerziehung)
Anonymität	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zu beachten ist: - - -

Kontaktdaten des Jugendamtes

Zuständiges Jugendamt	
Zuständigkeit ASD	Name: Telefonnummer: E-Mail Adresse: Bereitschaft/ Vertretung:
Vormund	Name: Telefonnummer: E-Mail Adresse:

Kontaktdaten der Familie

Kindesmutter	Kindesvater
Name:	Name:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Adresse:	Adresse:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Geschwister	Sonstige Familienmitglieder
Name:	Name:
Wohnort:	Wohnort:
Adresse:	Adresse:
Kontaktnummer:	Kontaktnummer:

**Vorherige Maßnahme**

Unterbringung	Name/ Einrichtung: Kontaktperson: Telefonnummer:
---------------	--

Kontakt Daten Schule/ Kita

Schule/ Kita	Name: Ansprechpartner*in: Adresse: Telefonnummer:
Schulsozialarbeiter*in	Name: Telefonnummer: E-Mail Adresse:

Persönliche Dokumente

Krankenkassenkarte	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
U-Heft	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Impfausweise	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Personalausweis/ Reisepass	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor

Krankheiten und Medikamente

Bekannte Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name und Art der Krankheit:
Ausgehändigte Medikamente	Name: Stückzahl: Name: Stückzahl:
Verordnungsnachweis	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Behandelnder Kinderarzt	Name: Telefonnummer: Adresse:



Allergien, Unverträglichkeiten & Besonderheiten

Bekannte Allergien	
Unverträglichkeiten/ Besonderheiten	

Persönliche Wertgegenstände

Brille	
Zahnspange	
Handy	
Tablet	
Sonstiges	

Fahrdienste

Fahrdienste	Name: Telefonnummer: E-Mail:
-------------	------------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift der Begleitperson

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter*in