



## Anmeldebogen

### Kinderschutz-Zentrum Ostalb / Schreibaby-Ambulanz

Name des Kindes: ..... Vorname: .....

Geb.datum: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Anschrift: .....

Sorgeberechtigt:

- beide Eltern
- Mutter alleine
- Vater alleine
- Andere .....

Das Kind lebt bei:

- den Eltern
- einem Elternteil mit Partner/ in
- einem alleinerziehenden Elternteil
- Großeltern/ Verwandten
- einer Pflegefamilie
- einer Regenbogenfamilie

Name der leiblichen **Mutter**: .....geb. am: .....

Staatsangehörigkeit: .....Beruf: .....  Voll- /  Teilzeit

Anschrift: .....

Telefon: .....

Name des leiblichen **Vaters**: .....geb. am: .....

Staatsangehörigkeit: .....Beruf: .....  Voll- /  Teilzeit

Anschrift: .....

Telefon: .....

**Stief-**,  **Adoptions-**,  **Pflegeeltern**  **Partner/in** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: .....geb. am: .....

Staatsangehörigkeit: .....Beruf: .....  Voll- /  Teilzeit

Anschrift: .....

Telefon: .....

**Stief-**,  **Adoptions-**,  **Pflegeeltern**  **Partner/in** (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: .....geb. am: .....

Staatsangehörigkeit: .....Beruf: .....  Voll- /  Teilzeit

Anschrift: .....

Telefon: .....

#### Geschwister/ Stiefgeschwister:

Name	Geburtstag	Schule/ Beruf	wohnt bei
------	------------	---------------	-----------

.....

.....

.....

.....

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft, bei oder nach der Geburt Ihres Kindes?

Wenn ja, welche? .....

.....

.....

Wann war der letzte Kinderarzt-Besuch?

.....

Was führt Sie zu uns? .....

.....

.....

Wie belastend erleben Sie Ihre Situation?

nicht belastend    etwas belastend    belastend    sehr belastend

Was sind die Folgen für Sie? .....

.....

.....

Gibt es Beobachtungen, die Ihnen in diesem Zusammenhang noch wichtig sind?

.....

.....

Was wünschen/ erwarten Sie sich von uns? .....

.....

Haben Sie wegen Ihres aktuellen Anliegens bereits die Hilfe einer Einrichtung (z. B. eine andere Beratungsstelle) oder einer Person (z. B. Arzt) in Anspruch genommen?

Nein    Ja  welche? .....

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam? .....

**Sie erreichen mich / uns:**

unter Telefonnummer: .....

am besten zu folgender Zeit: .....

per E-Mail: .....

Wir weisen darauf hin, dass Ihr Anmeldebogen und Ihre gesamten Unterlagen aus Datenschutzgründen nach Beratungsende im Folgejahr zum 31.03. vernichtet werden müssen.

Alle Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.franzvonassisi.de/datenschutzhinweise](http://www.franzvonassisi.de/datenschutzhinweise)

.....  
Datum

.....  
Unterschriften der Erziehungsberechtigten

Zurück an:

**Kinderschutz-Zentrum Ostalb**

Heugenstraße 1

73525 Schwäbisch Gmünd

Tel: 07171 - 18 08 - 20

Fax: 07171 - 18 08 25

kinderschutzzentrum.ostalb@franzvonassisi.de