

Name: Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Straße / PLZ / Ort: 		Telefon/Mail:
Name: Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Straße / PLZ / Ort: 		Telefon/Mail:
Fachkräfte/Sonstige Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Straße / PLZ / Ort: 		Telefon/Mail:
Anmeldenummer: 	Fall-Nr. 	Fall-Nr. 	Eingabe lauf. Fall:
Anmeldung am: 	Anmerkungen: 	Eingabe abg. Fall: 	Abschluss Datum: <input type="checkbox"/> 3 Jahre

BeraterIn bei der Anmeldung: 	 	
---	----------	----------

Beratungsform:			
<input type="checkbox"/> SGB VIII Beratung	<input type="checkbox"/> Muki u. allg. Schwangerenberatung	<input type="checkbox"/> allgemeine Lebensberatung	<input type="checkbox"/> JobCenter

Erst/ Wiederanmeldung:	Migrationshintergrund:
<input type="checkbox"/> Erstanmeldung <input type="checkbox"/> Beratung in früheren Jahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe

Wohnort:
<input type="checkbox"/> 30938 Burgwedel <input type="checkbox"/> 30916 Isernhagen <input type="checkbox"/> 30900 Wedemark <input type="checkbox"/> PLZ/Ort _____

Für EB: Anmeldung durch <input type="checkbox"/> 1a Eltern/Sorgeberechtigte <input type="checkbox"/> 1b Junger Mensch <u>Hilfe anregende Person/Institution</u> (Eine Nennung pro Fall) <input type="checkbox"/> 1 Schule / Kindertageseinrichtung <input type="checkbox"/> 2 Jugendamt <input type="checkbox"/> 3 Gericht / Staatsanwaltschaft/Polizei <input type="checkbox"/> 4 Arzt/ Ärztin / Klinik / Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> 5 Bekannte/Verwandte <input type="checkbox"/> 6 Andere soziale Dienste/Beratungsstellen <input type="checkbox"/> 7 Sonstige <input type="checkbox"/> 8 Unbekannt	KlientIn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers Alter	KlientIn <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers Alter	Kind 1 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Divers Alter
	Kind 2 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Divers Alter	Kind 3 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Divers Alter	Kind 4 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Divers Alter
	Abschluss <input type="checkbox"/> 1 lehnte Vorschlag ab <input type="checkbox"/> 2 blieb dem Termin o. Absage fern <input type="checkbox"/> 3 vereinbarte keine neuen Termine <input type="checkbox"/> 4 Abschluss wie vereinbart <input type="checkbox"/> 5 Überweisung an andere Stelle		