|  |  |
| --- | --- |
| STAMMBLATT Kinder & Jugendliche - Ambulante Familientherapie FAmilientherapie |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Name:** |  | **Vorname:** |  | Stamm-Nr. |  |
| **PLZ, Ort:** |  | **Strasse:** |  |
| **Tel.:** |  | E-Mail: |  |
| **Geb. Dat.:** |  | Geburtsort: |  | **Nationalität:** |  |
| **Geschlecht:** |  | Konfession: |  | Familienstand |  |
|  |  |
| **Vertragsbeginn:** |  | **Erstes Therapiegespräch: am:**  |  |
| Regelangebot: | **AFT**  | **Therapeut:** |  |
| Entgeltsatz |  | Wird auch Co-Therapeutisch gearbeitet? **ja:**  |  | **nein:** |  |
| Maßnahme §: | **27.2 KJHG** | Fazit FD: | Axel Heyd / Jutta Gamer |
|  |
| **Kostenträger / Jugendamt** |  |
| **Anschrift:** |  |
| **zuständiger Mitarbeiter Jugendamt** |
| **Sozialer Dienst**  |  | **Tel.:** |  | E-Mail:  |  |
| Kosten / WJH |  | Tel.: |  | E-Mail: |  |
| Vormund/Pfleger |  | Tel.: |  | E-Mail:  |  |
|  |
| **Mutter:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Anschrift: |  |
| Tel. privat: |  | Fax: |  |
| Tel. gesch.: |  | E-Mail: |  |
| **Vater:** |  | Geburtsdatum: |  |
| Anschrift: |  |
| Tel. privat: |  | Fax: |  |
| Tel. gesch.: |  | E-Mail: |  |
| **Sorgerecht:** |  | Kontaktperson: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  | E-Mail: |  |
|  |
| Schule |  | Klassenlehrer: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  | Klasse: |  |
|  |
| Berufsausbildung: |  | Jahre: |  |
| Anschrift: |  |
| Telefon: |  | Ausbilder: |  |