

**DEPARTEMENT
VOLKSWIRTSCHAFT UND INNERES**

Amt für Justizvollzug

Jugendheim Aarburg

Schlossrain 1, 4663 Aarburg

Telefon 062 787 01 01, Fax 787 01 00

jugendheim@ag.ch

www.ag.ch/jugendheim

Anmeldung Jugendlicher

1. Jugendlicher	
Name, Vorname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Heimatort:	
Aufenthaltsstatus:	
Konfession:	

2. Eltern	Vater	Mutter	Stief-/Pflegevater	Stief-/Pfleagemutter
Name(n):				
Vorname:				
Geburtsdatum:				
Geburtsort:				
Heimatort:				
Aufenthaltsstatus:				
Adresse:				
Telefon:				
Zivilstand:				

3. Geschwister		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

4. Inhaber der Elterlichen Gewalt		
<input type="checkbox"/> Eltern:	<input type="checkbox"/> Beistand:	
<input type="checkbox"/> Vormund:	<input type="checkbox"/> Andere:	
Telefon-Nr.:		
erreichbar:	(Mo-Fr)	(Zeit)

5. Einweisungsgrundlage

<input type="checkbox"/> StGB Art.:	<input type="checkbox"/> ZGB Art.:
<input type="checkbox"/> Kantonale Gesetzgebung Art.:	<input type="checkbox"/> Privat:
<input type="checkbox"/> Schulgesetz Art.:	<input type="checkbox"/> Andere:
Einweisung durch (Name, Funktion, Adresse, Telefon-Nr.):	
<input type="checkbox"/> Kopie des Einweisungsentscheides liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht bis:	

6. Einweisungsgrund

7. Delikte (Bitte einzeln aufzählen!)

<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Betäubungsmittel:	Wann:	<input type="checkbox"/> Verfahren, <input type="checkbox"/> Massnahmen, <input type="checkbox"/> Urteile
<input type="checkbox"/> Verkehrsdelikte:	Wann:	<input type="checkbox"/> Verfahren, <input type="checkbox"/> Massnahmen, <input type="checkbox"/> Urteile
<input type="checkbox"/> Diebstahl:	Wann:	<input type="checkbox"/> Verfahren, <input type="checkbox"/> Massnahmen, <input type="checkbox"/> Urteile
<input type="checkbox"/> Sachbeschädigung:	Wann:	<input type="checkbox"/> Verfahren, <input type="checkbox"/> Massnahmen, <input type="checkbox"/> Urteile
<input type="checkbox"/> Einbruch:	Wann:	<input type="checkbox"/> Verfahren, <input type="checkbox"/> Massnahmen, <input type="checkbox"/> Urteile
<input type="checkbox"/> Tötlichkeit:	Wann:	<input type="checkbox"/> Verfahren, <input type="checkbox"/> Massnahmen, <input type="checkbox"/> Urteile
<input type="checkbox"/> Andere:		

8. Derzeitiger Aufenthalt des Jugendlichen

Name des Heimes, etc.:		
Eintrittsdatum:		
Tel.-Nr.:		
Erreichbar:	(Mo-Fr)	(Zeit)
Kurze Situationsbeschreibung:		

9. Bisherige Schulbesuche

Bisherige Schulbesuche:			
Schuljahr(e)	von / bis	Ort	Schultyp
Schulabschluss:	wann:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> noch nicht
<input type="checkbox"/> Letzte Berichte über bisherige Schulleistungen liegen bei.			
<input type="checkbox"/> werden nachgereicht bis:			
(Sollte noch weiteres Material, das etwas über die Entwicklung des Jugendlichen aussagt, vorhanden sein, fügen Sie bitte Kopien davon bei!)			

10. Berufsbildung

Berufliche Zukunftsvorstellungen:		
Lehre:	Lehrbeginn (Datum):	Lehrabbruch (Datum):
Erreichbar:	(Mo-Fr)	(Zeit)

11. Körperliche Verfassung / Allgemeiner Gesundheitszustand

Behinderungen, bes. Auffälligkeiten (Frühkindliche Hirnschäden, Hirnerkrankungen, Epilepsie, Bettnässen, Stottern, etc.)
Äusseres Erscheinungsbild:

12. Psychiatrische Begutachtung

Allgemeines Verhalten:		
Besondere Auffälligkeiten:		
<input type="checkbox"/> Gutachten liegt vor	verfasst am:	von:
<input type="checkbox"/> wird nachgereicht bis:	Tel.-Nr.:	

13. Suchtverhalten				
<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Drogen-Missbrauch	<input type="checkbox"/> Schnüffelstoffe	
Art der Drogen:				
Dauer des Konsums:		Häufigkeit:	Dosis:	
Therapie:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von / bis:	wo:
			<input type="checkbox"/> mit Erfolg	<input type="checkbox"/> ohne Erfolg

14. Versicherungen <i>ACHTUNG: Bitte „ganze Schweiz“ versichern! Danke</i>			
<input type="checkbox"/> IV-Berechtigt	Verfügungsdatum:	<input type="checkbox"/> angemeldet	<input type="checkbox"/> nicht angemeldet
<input type="checkbox"/> AHV-Nummer:			
Krankenkasse (Name, Adresse, Tel.-Nr.):			
<input type="checkbox"/> Auslandskrankensversicherung:			
<input type="checkbox"/> Kopie des Krankenkassenausweises liegt bei			
Mitglied-Nr.:			
Die Unfallversicherung wird für die Zeit des Aufenthalts NICHT von der Institution übernommen, sondern muss in der Krankenkasse enthalten sein.			
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung (Name, Adresse, Tel.-Nr.):			
<input type="checkbox"/> Kopie des Versicherungsausweises liegt bei			
Mitglied-Nr.:			
<input type="checkbox"/> Impfbüchlein liegt bei			

15. Ort, Datum, Unterschrift der einweisenden Instanz:	
Ort:	Unterschrift:
Datum:	
Tel.-Nr.:	Fax-Nr.:
Mail Behörde:	

