

Jugendliche

Name:
Vorname:
AHV-Nr.:

Begleitformular Jugendliche

BEO WG

Personalien Jugendliche

Name:
Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Mobile:
E-Mail:
Geburtsdatum:
Heimatort:
Konfession:
Eintritt Heimgarten:
Austritt Heimgarten:

Wichtige Bezugspersonen (Ausser Eltern und Geschwister)

Name:
Bezug:
Wohnort:
Telefon:

Name:
Bezug:
Wohnort:
Telefon:

Name:
Bezug:
Wohnort:
Telefon:

Vorherige Institution oder beanspruchte Hilfe

Name der Beratungsstelle/Institution:
PLZ/Ort:
Ansprechperson:
Telefon:
Therapie: Ja Nein
Therapeut/in Name:
Therapeut/in Telefon:

Medizinisches

Arzt Name:
Arzt Telefon:
Allergien:
Akute Erkrankung:
Medikamente:

Versicherungen

Krankenkasse:
Unfall:
Haftpflicht:

Bitte mitbringen:

- Schulzeugnisse
- Kopie Hausrat-/Haftpflichtversicherung
- Halbtax-Abo/GA
- Bank-/Postkontokarte
- Medikamente und entsprechende Rezepte
- Identitätskarte oder Pass
- Krankenkassen-Ausweis
- Impfausweis