

Anmeldung MST Thurgau

Patient/Patientin

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Strasse/PLZ/Ort: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____

Hausarztmodell: Ja Nein

Kinder-/Hausarzt, Name, Ort: _____

Schule/Arbeitsstätte, Name, Ort: _____

Klasse/Stufe (z.B. 2. Oberstufe Sek-Niveau): _____

Klassenlehrer, Name: _____ Telefon-Nr.: _____

Problemverhalten des Jugendlichen: (Bitte beschreiben)

Bereich Schule/Ausbildung: _____

Bereich Freizeit/Kollegenkreis: _____

Bereich Familie: _____

Thema Delikte/Vergehen: _____

Thema Substanzmissbrauch: _____

Thema Gewalt: _____

Anderes: _____

Mutter

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ Pensum: _____ Konfession: _____

Email: _____

Vater

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse/PLZ/Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ Pensum: _____ Konfession: _____

Email: _____

Sorgerecht: gemeinsam Mutter Vater

Andere Bezugsperson im Haushalt (z.B. Stiefmutter/-Vater, Partner der Mutter/des Vaters)

Name, Vorname: _____

Strasse/PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Pensum: _____ Konfession: _____

Email: _____

Im Haushalt lebende Geschwister des Patienten

Legende:

Weiblich, **M**ännlich, **L**eibliche Geschwister, **H**albgeschwister, **St**iefgeschwister

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vorname	Geburtstag	Geschlecht			L	H	St
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. _____	_____	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Involvierte Behörden

Sind weitere Stellen und Behörden involviert? (z. B. KESB/Beistand, Jugendanwaltschaft, Schulpsychologischer Dienst, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, SozialarbeiterIn).

Wenn ja, welche?

Name, Vorname: _____

Funktion: _____ Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Name, Vorname: _____

Funktion: _____ Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Zuweiser

Name, Vorname: _____

Funktion: _____ Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Hauptsächlicher Anmeldegrund: _____

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

„Ich bin mit der Anmeldung zum Vorgespräch mit MST einverstanden und willige zum dazu notwendigen Informationsaustausch zwischen MST und den oben aufgeführten Personen ein.“

Datum

Unterschrift

Senden an:

Matthias Schmidt, Teamleitung MST-Thurgau
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Schützenstrasse 15
8570 Weinfelden

oder matthias.schmidt@stgag.ch