



MELDEFORMULAR FÜR EINEN T1-FALL

Im vorliegenden Dokument gelten alle Personen-, Status- oder Funktionsbezeichnungen für beide Geschlechter.

ANGABEN ZUR PERSON / ZUM FALL			
Name		Vorname	
Adresse		PLZ Ort	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Nationalität		Aufenthaltsbewilligung in der CH seit	
Telefon		Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> Konkubinats seit	
Natel			
E-Mail			
Kinder		andere unterstützungsbedürftige Personen	
unter Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Name, Vorname Adresse des Beistands Tel.	

ANGABEN ZUM GESETZLICHEN VERTRETER			
Erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Beide	Falls andere gesetzliche Vertreter	Zu präzisieren :
Name		Vorname	
Adresse		PLZ Ort	
Telefon		Mail	

MELDEFORMULAR FÜR EINEN T1-FALL

1 PERSÖNLICHE SITUATION (Punkt 1, Beurteilungskriterien)

2 PSYCHOSOZIALE ASPEKTE – PERSÖNLICHE FAKTOREN (Punkt 2, Beurteilungskriterien) (Vorherrschende Risikofaktoren)

3 SCHULISCHE/BERUFLICHE SITUATION (Punkt 1, Beurteilungskriterien)

Durchlief die betroffene Person das Dispositiv « Koordinationssitzung Schule – ZET »?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchlief die betroffene Person das Dispositiv für « Jugendliche in Risikosituationen »?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat die betroffene Person eine Platzierung in einer Institution gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein

MELDEFORMULAR FÜR EINEN T1-FALL

4 VERSICHERUNGSTECHNISCHER/INSTITUTIONELLER ASPEKT – INVOLVIERTE STELLEN/PERSONEN

(Punkt 1, Beurteilungskriterien)

	Netzwerkkoordination gemäss Aktenunterlagen eingerichtet
RAV:	<input type="checkbox"/>
BSL:	<input type="checkbox"/>
IV:	<input type="checkbox"/>
SMZ:	<input type="checkbox"/>
AfAW:	<input type="checkbox"/>
DB:	<input type="checkbox"/>
Sucht Wallis:	<input type="checkbox"/>
SUVA:	<input type="checkbox"/>
ASW/DU:	<input type="checkbox"/>
AKS:	<input type="checkbox"/>
ZET:	<input type="checkbox"/>
SZO/PZO:	<input type="checkbox"/>
Jugendgericht:	<input type="checkbox"/>
Andere:	<input type="checkbox"/>

5 MEDIZINISCHER ASPEKT

Spezifische Fragen zuhanden des Arztes:

-
-
-
-

Name, Vorname / Tel. des/der behandelnden Arztes/Ärzte

-
-
-
-

MELDEFORMULAR FÜR EINEN T1-FALL

6 ERWARTUNGEN IM HINBLICK AUF DIE IIZ-BETREUUNG

7 SCHLUSSFOLGERUNG – ENTSCHEID DER FACHSTELLE