

## Ich melde mich an....

Ich möchte bei der <b>Gastfamilie wohnen, essen und schlafen.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte am <b>Morgen zu der Gastfamilie</b> und am <b>Abend wieder nach Hause.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich möchte <b>manchmal am Wochenende</b> und in den <b>Ferien zu der Gastfamilie.</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Ich <b>heisse:</b>
	Mein <b>Geburtstag:</b>
	Ich habe <b>Kinder</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Geburtstag</b> von meinen <b>Kindern:</b>
	Meine <b>Wohn-Adresse:</b>
	Meine <b>Handy-Nummer:</b>
	Meine <b>Mail-Adresse:</b>

	Ich <b>wohne im Wohn-Heim.</b> Das <b>Wohn-Heim</b> heisst:
	Die <b>Adresse</b> von dem <b>Wohn-Heim:</b>
	Meine <b>Bezugsperson</b> heisst:
	<b>Telefon-Nummer</b> von dem <b>Wohn-Heim:</b>
	<b>Mail-Adresse</b> von dem <b>Wohn-Heim:</b>

	Meine <b>Eltern</b> heißen:
	Mein <b>Bruder</b> heißt:
	Meine <b>Schwester</b> heißt:
<b>Wohn-Adresse</b> von meinen <b>Eltern</b> :	
<b>Wohn-Adresse</b> von meinem <b>Bruder</b> :	
<b>Wohn-Adresse</b> von meiner <b>Schwester</b> :	
<b>Telefon-Nummer</b> von meinen <b>Eltern</b> :	
<b>Telefon-Nummer</b> von meinem <b>Bruder</b> :	
<b>Telefon-Nummer</b> von meiner <b>Schwester</b> :	

	Mein <b>Psychiater</b> oder <b>Psychologe</b> heißt:
	Meine <b>Psychiaterin</b> oder <b>Psychologin</b> heißt:
	<b>Arbeits-Adresse</b> von meinem <b>Psychiater</b> oder <b>Psychologen</b> :
	<b>Arbeits-Adresse</b> von meiner <b>Psychiaterin</b> oder <b>Psychologin</b> :
Mein <b>Hausarzt</b> heißt:	
Meine <b>Hausärztin</b> heißt:	
<b>Arbeits-Adresse</b> von meinem <b>Hausarzt</b> :	
<b>Arbeits-Adresse</b> von meiner <b>Hausärztin</b> :	

	Mein <b>Beistand</b> heisst: Meine <b>Beiständin</b> heisst:	
	Arbeits-Adresse von meinem <b>Beistand</b> : Arbeits-Adresse von meiner <b>Beiständin</b> :	
	Telefon-Nummer von meinem <b>Beistand</b> : Telefon-Nummer von meiner <b>Beiständin</b> :	
	Meine <b>Rechnungen zahlt</b> :	<input type="checkbox"/> <b>Beistand</b> <input type="checkbox"/> <b>Andere Person</b>

Meine **Wünsche** an die **Gastfamilie**:

	Ich habe gerne <b>Kinder</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Hunde</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Katzen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Kühe</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Pferde</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Hühner</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Schafe</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe gerne <b>Ziegen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe <b>Angst</b> vor diesen Tieren:		
	Ich habe auch diese <b>Tiere</b> gerne:		

Ich will in der Gastfamilie gerne:		
	<b>Entspannen</b> Spazieren Tiere streicheln	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Auf dem Bauernhof helfen</b> Tiere füttern Stall misten Heuen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Im Haus helfen</b> Kochen Staubsaugen Waschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

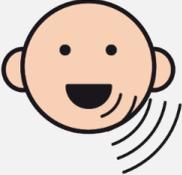
	Ich kann gut <b>Treppen steigen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich kann <b>lange laufen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich <b>fahre Velo</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich kann <b>allein mit dem Zug fahren</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Ich habe <b>Lern-Schwierigkeiten</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich habe <b>viele Ängste</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich bin <b>viel traurig</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich habe <b>Angst vor Menschen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich bin <b>viel wütend</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich habe <b>körperliche Probleme</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Ich habe <b>viel Schmerzen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

	Ich habe <b>Probleme mit Alkohol</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich habe <b>Probleme mit Drogen</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	Ich nehme <b>Medikamente</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Meine <b>Medikamente</b> heissen:		
	Ich habe <b>Therapien</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Ich brauche Hilfe bei der Körperpflege</b> Beim Waschen und Duschen Beim Rasieren Beim Zähne putzen Beim Nägel schneiden Beim Haare bürsten und föhnen Beim Kleider anziehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>Ich brauche Hilfe im Alltag</b> Beim Essen und Trinken Beim Taschengeld Beim Einkaufen Bei Terminen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

	Meine <b>Hobbys</b> sind:		
	Ich habe <b>gerne Menschen</b> um mich:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Besonders diese <b>Menschen</b> sind mir <b>wichtig</b> :		

	Das will ich noch sagen:
---	--------------------------

Ich habe <b>Probleme</b> mit dem Thema <b>Sex</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich mache <b>gefährliche Feuer</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich mache <b>Dinge kaputt</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich <b>schlage Tiere</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich tue <b>mir selber weh</b> : schlagen, beißen, aufkratzen/stechen, schneiden, verbrennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich tue <b>anderen Menschen weh</b> : schlagen, beißen, kratzen, stechen, schneiden, ver- brennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich wurde in eine <b>Klinik eingewiesen</b> und wollte das <b>nicht</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich war in einer <b>psychiatrischen Klinik</b> :	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein



Vielen Dank für das Ausfüllen!  
Wir melden uns bei Ihnen.