

Fallmeldung BETTER CARE -UJF

AUS DATENSCHUTZGRÜNDEN BITTE NUR PER FAX ODER POSTALISCH ZUSENDEN! BITTE AM PC AUSFÜLLEN.

Einrichtungsname (bitte eintragen): _____

Einrichtungsnummer (wird von Projektzentrale ausgefüllt): | _ | _ |

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Herkunftsland	Muttersprache	Deutschkenntnisse (1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Gewünschte Erhebungssprache (siehe unten)*	Datum Einwilligung Jugendliche/r	Alphabetisierung in der Erhebungs- sprache	Versicherung
1			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
2			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
3			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
4			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
5			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Herkunftsland	Muttersprache	Deutschkenntnisse (1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Gewünschte Erhebungssprache (siehe unten)*	Datum Einwilligung Jugendliche/r	Alphabetisierung in der Erhebungs- sprache	Versicherung
6			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
7			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
8			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
9			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
10			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
11			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
12			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Herkunftsland	Muttersprache	Deutschkenntnisse (1 = <i>sehr schlecht</i> ; 5 = <i>sehr gut</i>)	Gewünschte Erhebungssprache (siehe unten)*	Datum Einwilligung Jugendliche/r	Alphabetisierung in der Erhebungs- sprache	Versicherung
13			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
14			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
15			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
16			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
17			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
18			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
19			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Herkunftsland	Muttersprache	Deutschkenntnisse (1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Gewünschte Erhebungssprache (siehe unten)*	Datum Einwilligung Jugendliche/r	Alphabetisierung in der Erhebungs- sprache	Versicherung
20			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
21			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
22			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
23			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
24			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
25			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
26			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Herkunftsland	Muttersprache	Deutschkenntnisse (1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	Gewünschte Erhebungssprache (siehe unten)*	Datum Einwilligung Jugendliche/r	Alphabetisierung in der Erhebungs- sprache	Versicherung
27			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
28			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
29			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
30			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
31			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
32			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
33			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt

	Nachname, Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Herkunftsland	Muttersprache	Deutschkenntnisse (1 = <i>sehr schlecht</i> ; 5 = <i>sehr gut</i>)	Gewünschte Erhebungssprache (siehe unten)*	Datum Einwilligung Jugendliche/r	Alphabetisierung in der Erhebungs- sprache	Versicherung
34			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt
35			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d					<input type="checkbox"/> + Einwilligung vom Vormund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Amt

Erhebungssprachen: 1) Deutsch; 2) Englisch; 3) Französisch; 4) Arabisch; 5) Dari; 6) Farsi; 7) Kurdisch (Kurmanji); 8) Paschto; 9) Somali; 10) Tigrinya

* Leider stehen keine zusätzlichen Sprachen zur Verfügung. Bitte wählen Sie die Sprache aus, die sich am ehesten durchführen lässt.

Meldung von:

Datum, Unterschrift

Name (leserlich)

Studienzentrale Eichstätt-Ingolstadt	Studienzentrale Ulm
Fax: +49 841 / 9934-6372	Fax: +49 731-500-62668
Adresse: Psychotherapeutische Hochschulambulanz z.Hd. Jonathan Thielemann Levelingstraße 7 85049 Ingolstadt	Adresse: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm z. Hd. Elisa Pfeiffer Steinhövelstraße 1 D-89075 Ulm