

Anmeldeformular Tagestimeout

Angebot: Reconnect-Coaching (Tagestimeout für Jugendliche ab 15 Jahre)



1. Personalien des Jugendlichen

Name/Vorname:	_____	Heimatort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Nationalität	_____
Strasse / Nr.:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefon mobil:	_____	E-Mail:	_____

2. Gesetzliche Vertretung (Inhaber elterliche Sorge)

Name / Vorname:	_____	PLZ / Ort	_____
Strasse / Nr.:	_____	Telefon mobil:	_____
Telefon P / G:	_____	Beziehung zum Jug:	_____
E-Mail:	_____		

3. Zuweisende Stelle / Kostenträger

Institution:	_____	Ansprechperson:	_____
Funktion:	_____	Telefon direkt:	_____
E-Mail:	_____	Kostengutsprache liegt vor:	☐ Ja ☐ In Abklärung

4. Bestätigung der Aufnahmevoraussetzungen

Mit der Anmeldung bestätigen die Parteien die Erfüllung folgender Kriterien:

☒ Ein persönliches Erstgespräch mit der reconnect.work GmbH hat stattgefunden oder ist vereinbart.

☒ Der/die Jugendliche ist psychisch und physisch hinreichend stabil (keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung).

☒ Der/die Jugendliche ist fähig und bereit, die Anreise nach Weinfelden selbstständig zu bewältigen.

[X] Die Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung (Seite 2) wird vollumfänglich erteilt.

Ort / Datum:	_____	Unterschrift gesetzl. Vertretung:	_____
--------------	-------	--------------------------------------	-------

Ort / Datum:	_____	Unterschrift Jugendliche/r (ab 15 J.):	_____
--------------	-------	---	-------

Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung

Betreffende Person (Jugendliche/r):

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erklärung und Reichweite

Ich ermächtige die **reconnect.work GmbH** (inklusive der zuständigen Coaches und Fallverantwortlichen) hiermit ausdrücklich, mit den nachfolgend bezeichneten Personen und Institutionen Informationen, Berichte, Beobachtungen und relevante Daten auszutauschen. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Stellen und deren Mitarbeitende gegenüber der reconnect.work GmbH von ihrer beruflichen oder gesetzlichen Schweigepflicht.

Zweck der Entbindung: Der Informationsaustausch dient ausschliesslich der optimalen Abstimmung der Betreuungsmassnahmen, der Überprüfung des Entwicklungs- und Stabilisierungsverlaufs im Tagestimeout sowie der Zusammenarbeit bei der beruflichen, schulischen oder therapeutischen Reintegration.

Ermächtigte Stellen und Institutionen (Bitte Zutreffendes ankreuzen):

☐ **Gesetzliche Vertretung / Eltern:** Personensorgeberechtigte gemäss Anmeldeformular.

☐ **Invalidenversicherung (IV):** Zuständige Berufsberatung / IV-Stelle des Kantons Thurgau bzw. Zuweisungskanton.

☐ **Schule / Bildungsstätte:** Schulleitung, Klassenlehrpersonen, Schulpsychologischer Dienst (SPD) der Stamm- oder Herkunftsschule.

☐ **Klinik / Therapie:** Behandelnde Fachärztinnen/Fachärzte, involvierte Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken (KJP) oder ambulante Therapeutinnen/Therapeuten.

☐ **Ergänzende Stellen (Kanton / Region):** Z.B. Berufsbeistandschaft, Jugendanwaltschaft, KESB (falls involviert).

Rechtliche Hinweise

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Ein Widerruf berührt die Rechtmässigkeit der bis dahin erfolgten Datenübermittlungen nicht. Ohne diese Einwilligung ist eine professionelle und vernetzte Begleitung im Rahmen des Reconnect-Coachings nicht möglich.

Ort / Datum:	_____	Unterschrift gesetzl. Vertretung:	_____
Ort/ Datum:	_____	Unterschrift Jugendliche/r:	_____