Zuweiserformular – Aufbautraining TiMeNa

Angaben zur zuweisenden Stelle

Institution / Fachstelle: _____

Name der zuständigen Person: _____

Funktion: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zur teilnehmenden Person

Vorname / Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name der Eltern / gesetzlichen Vertretung (falls relevant):

_____

Telefon Eltern / Vertretung: _____

Aktuelle Situation

☐ Schulabbruch
☐ Ausbildungsabbruch
☐ Fehlende Tagesstruktur
☐ Psychische Belastung
☐ Soziale Überforderung
☐ Erschöpfung / Rückzug
☐ Schwierigkeit im regulären Schul- oder Arbeitsumfeld
☐ Belastung im Familiensystem
☐ Neurodivergente Besonderheiten
☐ Trauma / erhöhte Sensibilität
☐ Andere:

Bisherige Unterstützung / laufende Begleitung

☐ Schule
☐ IV / Integrationsmassnahmen
☐ Beistandschaft
☐ Therapie / Psychotherapie
☐ Psychiatrische Begleitung
☐ Sozialpädagogische Begleitung
☐ Case Management
☐ Andere:

Aktuelle Fachpersonen / involvierte Stellen:

Ziel der Zuweisung

Was soll durch das Aufbautraining unterstützt oder erreicht werden?

☐ Aufbau Tagesstruktur
☐ Stabilisierung im Alltag
☐ Aufbau Präsenzfähigkeit
☐ Aufbau Arbeitsfähigkeit
☐ Verbesserung Belastbarkeit
☐ Förderung Selbstwirksamkeit
☐ Vorbereitung auf Schule / Ausbildung
☐ Vorbereitung auf weitere IV-Massnahmen
☐ Soziale Stabilisierung
☐ Perspektivenentwicklung
☐ Andere:

Wichtige Hinweise für die Begleitung

(z. B. besondere Belastungen, Krisenthemen, Medikamentensituation, Schutzaspekte, Umgang mit Tieren, Besonderheiten im Kontakt)

Gewünschter Start

☐ so bald wie möglich
☐ nach Absprache
☐ ab Datum: _____

Gewünschter Umfang:

☐ 1 Tag pro Woche
☐ 2 Tage pro Woche
☐ 3 Tage pro Woche
☐ 4 Tage pro Woche
☐ individuell nach Aufbauphase

Schnuppern / Kennenlernen

☐ Erstgespräch gewünscht
☐ Kennenlerntag vor Ort gewünscht
☐ telefonischer Austausch zuerst

Ergänzende Unterlagen vorhanden

☐ Berichte
☐ IV-Unterlagen
☐ Schulberichte
☐ Therapieberichte
☐ Standortberichte
☐ Andere:

Bemerkungen

Unterschrift

Ort / Datum: _____

Unterschrift zuweisende Stelle: _____

Kontakt

TiMeNa – Tier · Mensch · Natur
Cecilie Ehrler
Hinterbergstrasse 8
5735 Pfeffikon LU

www.timena.ch

Vielen Dank für Ihre Anfrage.
Nach Eingang des Formulars erfolgt ein erstes Kennenlernen per Telefon oder Zoom sowie – wenn passend – ein Schnuppertag vor Ort.