

Abklärungsauftrag

(Aus Datenschutzgründen bitte per **Fax an 044 311 80 12** oder **verschlüsselt via IncaMail** senden)

1. Kontaktangaben Justiz

Zuweisende Institution:		Zuständige Person:	
Email:		Fon:	
		Fax:	
Einweisende Behörde:		Zuständige Person:	
Email:		Fon:	
		Fax:	

2. Angaben zum Klient/in

Nachname:		Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum:	
Letzter Wohnsitz:		Aufenthaltort:	
Entlassungszeitpunkt:		Auftragsrahmen:	<input type="checkbox"/> AEX <input type="checkbox"/> Bedingte Entlassung
		Arbeitspensum:	<input type="checkbox"/> 100% möglich <input type="checkbox"/> 50% – 80%

Berufsbiographie	Höchste Schulbildung:	<input type="checkbox"/> Oblig. Schule <input type="checkbox"/> Berufslehre <input type="checkbox"/> Tertiärstufe
	Ggf. Berufsausbildung:	
	Berufserfahrung als:	
	Vollzugstätigkeit:	<input type="checkbox"/> Hausdienst/Küche/Wäscherei/Unterhalt <input type="checkbox"/> Metallbau/Mechanik <input type="checkbox"/> Malerei <input type="checkbox"/> Druckerei <input type="checkbox"/> Gartenbau/Landwirtschaft <input type="checkbox"/> Schreinerei
Ggf. Einschätzung Werkmeister	Arbeitsrelevante Fertigkeiten:	<input type="checkbox"/> techn. Verständnis/Geschick <input type="checkbox"/> strukturiert <input type="checkbox"/> speditiv <input type="checkbox"/> initiativ <input type="checkbox"/> pflichtbewusst <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> belastbar <input type="checkbox"/> kreativ <input type="checkbox"/> ausgleichend <input type="checkbox"/> teamfähig <input type="checkbox"/> Sprachen: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> P
	Ist der Klient für eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt geeignet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Eignet er sich für eine Anstellung im Bereich der Vollzugstätigkeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, spezifische Berufskennnisse / Wenn nein, alternative Einsatzgebiete:	

Delikt	Deliktkategorie/n früher: (Vorstrafe/n)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> BetmG <input type="checkbox"/> Brandstiftung <input type="checkbox"/> Drohung/Nötigung <input type="checkbox"/> Freiheitsberaubung etc. <input type="checkbox"/> Gewaltdelikt <input type="checkbox"/> Raub <input type="checkbox"/> Sexualdelikt: <input type="checkbox"/> Erwachsene / <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> SVG <input type="checkbox"/> Vermögensdelikt
	Deliktkategorie/n aktuell: (Anlassdelikt/e)	<input type="checkbox"/> BetmG <input type="checkbox"/> Brandstiftung <input type="checkbox"/> Drohung/Nötigung <input type="checkbox"/> Freiheitsberaubung etc. <input type="checkbox"/> Gewaltdelikt <input type="checkbox"/> Raub <input type="checkbox"/> Sexualdelikt: <input type="checkbox"/> Erwachsene / <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> SVG <input type="checkbox"/> Vermögensdelikt
	Einschränkungen bez. Arbeit:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Berufsverbot <input type="checkbox"/> Anderes:
Sucht	Suchtmittel früher:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Harte Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente
	Suchtmittel aktuell:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Harte Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Substitution:
Psyche	Psych. Erkrankung diagnostiziert:	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Dependente PS <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Dissoziale PS <input type="checkbox"/> Emot. Instabile PS: <input type="checkbox"/> Borderline / <input type="checkbox"/> impulsiv <input type="checkbox"/> Histrionische PS <input type="checkbox"/> Manie/Bipolare Störung <input type="checkbox"/> Narzisstische PS <input type="checkbox"/> Paranoide PS <input type="checkbox"/> Paraphile St. <input type="checkbox"/> Phobische-/Angststörung <input type="checkbox"/> Querulatorische PS <input type="checkbox"/> Schizoide PS <input type="checkbox"/> Schizophrenie/Wahn etc. <input type="checkbox"/> Unreife PS <input type="checkbox"/> Zwanghafte PS <input type="checkbox"/> Zwangsstörung
	Psych. Erkrankung aktuell:	<input type="checkbox"/> über Diagnose-Schwelle <input type="checkbox"/> Remission / noch Akzentuierung vorhanden <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten (mehr) vorhanden
Somatik	Arbeitsrelevante Erkrankungen:	

Sonstige Anmerkungen:

.....

.....

.....

Zuweiser/in: **Klient/in:**

(Datum, Unterschrift) (Mit Datenweitergabe einverstanden)

Wird von time2work ausgefüllt

Einladung für ein Assessment-Gespräch: Ja Nein

Begründung:

.....

.....

Datum, Unterschrift: