

Austrittsformular

Durchgangszentrum Kanton Schwyz

Durchgangszentrum	
Transfer Ort / Gemeinde	
Transfer Datum	

<input type="checkbox"/> Einzelperson	<input type="checkbox"/> Familie		Anzahl Kinder
Name			
Vorname			
N-Nummer			
Nationalität			
Geburtsdatum			
Zentrumseintritt			
Zentrumsaustritt			
Übergabegespräch	<input type="checkbox"/> Ja, sehr empfohlen	<input type="checkbox"/> Nicht notwendig	<input type="checkbox"/> Hat stattgefunden

Status	<input type="checkbox"/> N Ausweis	<input type="checkbox"/> F Ausweis	<input type="checkbox"/> B Ausweis
SEM-Entscheid	<input type="checkbox"/> Ausstehend	<input type="checkbox"/> Negativ	
	Wegweisungsdatum		
Beschwerde	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Rechtsberatung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Rückkehrberatung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt

Bemerkungen	

Gesundheit

Eintrittsuntersuchungen und Impftermine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
War in medizinischer Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist in medizinischer Behandlung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ausstehende medizinische Termine	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Datum:	
Arzt über Termin informiert	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Behandelnde Ärzte		
<input type="checkbox"/> Hausarzt		
<input type="checkbox"/> Zahnarzt		
<input type="checkbox"/> Gynäkologie		
<input type="checkbox"/> Augenarzt		
<input type="checkbox"/> Kinderarzt		
<input type="checkbox"/> Triaplust		
<input type="checkbox"/> Andere		
<input type="checkbox"/> Bitte um Kontaktaufnahme des weiterbehandelnden Arztes mit dem oben bezeichneten Arzt		
Bemerkungen		
Körperliche Beeinträchtigungen für eine Arbeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Eher nein
		<input type="checkbox"/> Eher ja

Ausgefüllt von	
-----------------------	--

Bildung / Arbeitserfahrung

Schulbesuch	<input type="checkbox"/> 0 - 6 Jahre	<input type="checkbox"/> mehr als 12 Jahre ohne Abschluss
	<input type="checkbox"/> 6-12 Jahre	<input type="checkbox"/> mehr als 12 mit Abschluss
Studium (was, wo)		
Sonstige Ausbildung		
Diplome vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Jahre Arbeitserfahrung

<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahre	Branche / Arbeit	
<input type="checkbox"/> 1 - 5 Jahre	Branche / Arbeit	
<input type="checkbox"/> 5 – 10 Jahre	Branche / Arbeit	
<input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre	Branche / Arbeit	
Weitere Interessen:		

Sprachen

Muttersprache		
Weitere Sprachen		
Alphabetisiert (lateinisch)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alphabetisiert (Muttersprache) Schrift	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Deutschkenntnisse

Anzahl besuchte Lektionen								
Besuchte Kurse	<input type="checkbox"/> DGZ intern	<input type="checkbox"/> Caritas	<input type="checkbox"/> AOZ					
	<input type="checkbox"/> Andere:							
Aktueller Stand nach GER								
Verstehen	<input type="checkbox"/> A0	<input type="checkbox"/> A1.1	<input type="checkbox"/> A1.2	<input type="checkbox"/> A2.1	<input type="checkbox"/> A2.2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	
Sprechen	<input type="checkbox"/> A0	<input type="checkbox"/> A1.1	<input type="checkbox"/> A1.2	<input type="checkbox"/> A2.1	<input type="checkbox"/> A2.2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	
Lesen	<input type="checkbox"/> A0	<input type="checkbox"/> A1.1	<input type="checkbox"/> A1.2	<input type="checkbox"/> A2.1	<input type="checkbox"/> A2.2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	
Schreiben	<input type="checkbox"/> A0	<input type="checkbox"/> A1.1	<input type="checkbox"/> A1.2	<input type="checkbox"/> A2.1	<input type="checkbox"/> A2.2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	
Alphabetisierung notwendig	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein					
Bemerkungen (Stärken des /der Kursteilnehmenden, Lernfortschritte und Empfehlungen für den Deutschkurs):								
Ausgefüllt von								

Allgemeine Einschätzung des Zentrumsaufenthalts

Ausgeführte Arbeiten Einsatzbereiche	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Reparaturarbeiten			
	<input type="checkbox"/> Dolmetschen <input type="checkbox"/> Vermittlung			
	<input type="checkbox"/> Kinderbetreuung <input type="checkbox"/> Organisatorisches			
	<input type="checkbox"/> Musik <input type="checkbox"/> Sport			
	<input type="checkbox"/> Beschäftigungsprogramm			
	<input type="checkbox"/> Andere			
Beobachtungen bei ausgeführten Aufgaben	Genauigkeit	Tempo	Ausdauer	Konzentration
	<input type="checkbox"/> sehr genau	<input type="checkbox"/> schnell	<input type="checkbox"/> unermüdlich	<input type="checkbox"/> sehr hoch
	<input type="checkbox"/> sorgfältig	<input type="checkbox"/> zügig	<input type="checkbox"/> beharrlich	<input type="checkbox"/> gut dabei
	<input type="checkbox"/> ordentlich	<input type="checkbox"/> angemessen	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> mässig
Beobachtete Fähigkeiten und Interessen				

Verhalten / Kompetenzen

Teamfähigkeit / Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel
Anpassungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel
Lernbereitschaft	<input type="checkbox"/> sehr gross	<input type="checkbox"/> gross	<input type="checkbox"/> mittel
Eigeninitiative	<input type="checkbox"/> sehr gross	<input type="checkbox"/> gross	<input type="checkbox"/> mittel
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel
Zuverlässigkeit	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel
Kontaktfähigkeit / Offenheit	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel
Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/> sehr gross	<input type="checkbox"/> gross	<input type="checkbox"/> mittel
Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel
Umgangsformen	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittel

Unterstützungsbedarf

--

Ausgefüllt von	
Unterschrift	