

Erstkontaktformular

Datum:

Ort:

Klientendaten:

Kontaktperson:

Familienname:	Kontaktperson(en):
Vorname:	
*Straße:	Telefon:
*PLZ – Ort:	Straße:
Telefon:	PLZ-Ort:
Vers.Nr.:	
Geburtsdatum:	

* Meldeadresse

Familienstand:

- ledig verheiratet verwitwet
 in fester Partnerschaft geschieden

aktuelle Wohnsituation:

- mit Eltern(teil)/Großeltern(teil) allein lebend
 mit PartnerIn/Ehefrau/-mann allein erziehend mit Kind
 Obdachlos
 und Kind(ern) anders:

berufliche Tätigkeit:

- Angestellter Arbeitslos RehaGeld/I-Pension
 Arbeiter Alterspension anders:

Bezeichnung:

Informationen zur finanziellen Situation

Einnahmen		Ausgaben	
Bezeichnung	Höhe	Bezeichnung	Höhe
Summe		Summe	

Schulden

JA Nein

Wenn JA:

Höhe:

Schuldenregulierungsverfahren

JA Nein in Beratung

Wenn in Beratung

Name Organisation:

Abgeschlossen im Jahr:

gerichtliche Verurteilungen und Verfahren

aktuelle Verfahren

JA Nein

abgeschlossene Verfahren

JA Nein

Wenn JA, Bewährung

JA Nein

Kontakt Bewährungshilfe:

#MutFürVeränderung

Erwachsenenvertretung (EV)

JA

Nein

gerichtliche EV

gesetzliche EV

Wenn JA

finanziell

sozial, medizinische Angelegenheiten

Name, Adresse Kontaktperson:

Bisherige Behandlungen der Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit bzw. psychiatrischer oder psychosomatischer Erkrankungen:

Stationäre (ambulante) Behandlungen

Wegen/wo?	Wie oft?	Gesamtdauer in Wochen	Jahr (bei Beginn)

Bekannte Diagnosen:

-
-
-
-
-

Aktuell in Betreuung und oder in Behandlung

stationär im KH

Name, Adresse Kontaktperson:

von:

Entlassung geplant mit:

Ambulant

Name, Adresse Kontaktperson:

seit:

#MutFürVeränderung