

1. PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME

GEB.DATUM- ORT

ANSCHRIFT

FAMILIENSTAND

GESCHLECHT

KINDER

TELEFON

BERUF

STAATSANGEHÖRIGKEIT

SPRACHE(N)

DOLMETSCHER BENÖTIGT?

AUFENTHALTSSTATUS

ZIEL:

2. GESUNDHEITLICHE INFORMATIONEN

ALLGEMEINZUSTAND UND ERNÄHRUNGSZUSTAND

BEHANDELNDER HAUSARZT (ANSCHRIFT UND KONTAKTDATEN)

BEHANDELNDER FACHARZT (ANSCHRIFT UND KONTAKTDATEN)

KLINIKAUFGENTHALTE (NAME DER KLINIK UND DAUER)

BESTEHENDE DIAGNOSE(N)

MEDIKATION

DIESE 3 DINGE BEREITEN MIR DERZEIT AM MEISTEN PROBLEME (+ GGFS. SYMPTOME)

ZUSTÄNDIGE*R SOZIALARBEITER*IN/ HILFSPERSON (KONTAKTDATEN)

WAHRNEHMUNG SOZIALARBEITER*IN/HILFSPERSON UND GGFS. WICHTIGE HINWEISE
