

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon-Nr.: ..... Geb.-Datum: .....

E-Mail: .....

**Derzeitige Wohnsituation:**

Eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>	Bei Angehörigen	<input type="checkbox"/>
Stationäre Wohnform	<input type="checkbox"/>	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>

**Familiäre Situation:**

ledig	<input type="checkbox"/>	verheiratet / Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
geschieden	<input type="checkbox"/>	Sonstiges .....	<input type="checkbox"/>

**Kinder:** ja  nein

**Haustiere:** ja  nein   
welches Tier .....

**Raucher:** ja  nein

**Einkommensart:** .....

**Diagnose / Psychische Problematik:** .....

.....

.....

Haben oder hatten Sie Probleme mit Alkohol oder anderen Suchtmitteln?

Nein  Ja

Wenn ja, mit welchen ? .....

**In welchen Bereichen sehen Sie Ihren Hilfebedarf?**

- Soziale Beziehungen
- Wohnen / Ämter / Hauswirtschaft
- Arbeit / Beschäftigung
- Freizeit
- Umgang mit der Diagnose /  
mit Auswirkungen der Diagnose

**Persönliche Ziele, die Sie mit Hilfe des Betreuten Wohnens erreichen möchten**

.....

.....

.....

**Welche Sozialen Kontakte haben Sie?**

.....

**Welche Hobbies / Freizeitinteressen haben Sie?**

.....

**Haben Sie eine\*n gesetzlichen Betreuer\*in?**    Nein                     Ja

**Wenn „ja“, Anschrift und Telefonnummer:**

.....

.....

**Notizen:**

.....

.....

.....