

KLIENTEN BETREUUNGSVEREINBARUNG

Lebenswege Nö Süd e.V.

Lebenswege

Hans Czettel-Platz 2/218
2630 Ternitz
Niederösterreich/Österreich
TELEFON 0660 58 13 222
E MAIL post@lebenswege.site

DATUM

Aufgenommen von

	Lebenswege Niederösterreich Süd Ternitz
--	---

HANDELT ES SICH UM EINEN FRÜHEREN KLIENTEN?

ÜBERWIESEN VON

--	--

KLIENTENSTAMMDATEN

NAME		PRIVATE ADRESSE	
MOBILTELEFON			
TELEFON			
E-MAIL-ADRESSE			

NOTFALLKONTAKT (Angehörige)

NAME DES KONTAKTS		BEZIEHUNG ZUM KLIENTEN	
PRIMÄRE TELEFONNR.		ADRESSE	

VERSICHERUNGSMITTELMERKEN

NAME DES TRÄGERS		GEBURTSDATUM DES VERSICHERTEN	
NAME DES VERSICHERTEN		VERSICHERUNG- SNUMMER	

(Folgendes ist von Lebenswege auszufüllen)

Sie erhalten eine Leistung in Form von:

Die Leistungspauschale

beträgt _____ €

und wird von einem Zeitraum von-bis genehmigt _____

Sie als Klient von Lebenswege Niederösterreich Süd akzeptieren die Statuten des Vereins und deren Ausübung und wurden über alles ordnungsgemäß aufgeklärt! Ebenso sind Sie mit der Konzeptionierung und Durchführung der Leistung von Lebenswege einverstanden!

Unterschrift Klient, Klientin

Unterschrift Lebenshelfer, Lebenshelferin der Aufnahme

Beschreiben Sie den Grund für den ersten Besuch. Mit den Unterscribenen Betreuungsvereinbarung bestätige ich die Richtigkeit dieses Gesundheitsinformationsbogens!

GESUNDHEITSINFORMATIONEN Beschreiben Sie den Grund für den ersten Besuch.

WIE OFT MACHEN SIE BEWEGUNG?		WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE EIN?	
HABEN SIE ALLERGIEN?		WIE BEWERTEN SIE IHRE SCHLAFGEWOHNHEITEN?	

Beschreiben Sie Ihre körperliche Gesundheit im Allgemeinen.

Kreisen Sie alle nachfolgend aufgeführten Gesundheitsprobleme ein, die bei Ihnen aufgetreten sind.

Anämie		Ängste			
chronische		Kreislaufschwäche		Knochenbrüche	
Rückenschmerzen	Arthritis	Probleme mit den		Masern	
	Blasenprobleme	Nebenhöhlen		Hepatitis	
Krebs	Brustschmerzen	Asthma		Tuberkulose	
Krämpfe	Hoher Blutdruck	Verdauungsprobleme		Nackenschmerzen	
Anfälle	Nierenprobleme	Dermatitis		Diabetes	
Migräne	Herzleiden	Epilepsie		künstliche Gelenke	
Osteoporose					

Machen Sie Angaben zu den oben eingekreisten Gesundheitsproblemen.

Beschreiben Sie Ihre mentale Gesundheit im Allgemeinen.

Kreisen Sie alle nachfolgend aufgeführten Gesundheitsprobleme ein, die bei Ihnen aufgetreten sind.

Ängste	Essstörungen	Finanzielle Probleme			
Depression	Eltern	Kopfverletzungen			
Wutausbrüche	Kinder	Übelkeit			
Konzentrationsstörungen	Schlafprobleme	Aufmerksamkeit	Sonstiges:	Diagnostizierte gesundheitl. Diagnosen	
Phobien	Kindesmissbrauch	Vertrauen zu anderen			
Kommunikationsprobleme	Sexueller Missbrauch	Sorgen			
Drogen/Alkohol	Alpträume	Selbstverletzung			

Machen Sie Angaben zu den oben eingekreisten Gesundheitsproblemen.

