

# 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	

**VERSICHERUNGSDATEN**

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 einen 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 Lebenswenswege einverstanden!

Unterschrift Klient, Klientin

Unterschrift Lebenshelfer, Lebenshelferin der Aufnahme

Beschreiben Sie den Grund für den ersten Besuch. Mit den Unterschriebenen 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	Arthritis	Kreislaufschwäche	Knochenbrüche	
Rückenschmerze	Blasenprobleme	Probleme mit den	Masern	
n	Brustschmerzen	Nebenhöhlen	Hepatitis	
Krebs	Hoher Blutdruck	Asthma	Tuberkulose	
Krämpfe	Nierenprobleme	Verdauungsprobleme	Nackenschmerzen	
Anfälle	Herzleiden	Dermatitis	Diabetes	
Migräne		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	n	
Konzentrationsstörungen	Schlafprobleme	Übelkeit	Sonstiges:
Phobien	Kindesmissbrauc	Aufmerksamkeit	Diagnostizierte gesundheitl.
Kommunikationsprobleme	h	Vertrauen zu	Diagnosen
Drogen/Alkohol	Sexueller	anderen	
	Missbrauch	Sorgen	
	Albträume	Selbstverletzung	

Machen Sie Angaben zu den oben eingekreisten Gesundheitsproblemen.

