

Datum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Klienten/-innendaten:**

**Daten Kontaktperson:**

Familienname:	Familienname:
Vorname:	Vorname:
*Straße:	Telefon:
*PLZ - Ort:	E-Mail:
Telefon:	
Vers.Nr.:	
Geburtsdatum:	

**\*Meldeadresse**

**Familienstand:**

- ledig                       verheiratet                       verwitwet  
 in fester Partnerschaft                       geschieden

**Aktuelle Wohnsituation:**

- mit Eltern(teil)/Großeltern teil                       allein lebend  
 mit Partner/-in/Ehefrau/-mann                       obdachlos  
 mit Kind/Kindern                       anders: \_\_\_\_\_

**Berufliche Tätigkeit:**

- Angestellte/-r                       arbeitslos                       RehaGeld/I-Pension  
 Arbeiter/-in                       Alterspension                       selbstständig  
 anders: \_\_\_\_\_

**Informationen zur finanziellen Situation:**

Einnahmen		Ausgaben	
Bezeichnung	Höhe	Bezeichnung	Höhe
Summe		Summe	

**Schulden:**

ja  nein

Höhe: \_\_\_\_\_

**Schuldenregulierungsverfahren:**

ja  nein  in Beratung

**Gerichtliche Verurteilungen und Verfahren:**

aktuelle Verfahren  ja  nein

abgeschlossene Verfahren  ja  nein

Bewährung  ja  nein

Name der Bewährungshilfe: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Erwachsenenvertretung:**

ja  nein

finanziell

sozial, medizinische Angelegenheiten

Name der Erwachsenenvertretung: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Bisherige stationäre/ambulante Behandlungen:**

Grund der Aufnahme	Einrichtung	Anzahl der Aufenthalte	Gesamtdauer in Wochen	Jahr (bei Beginn)

**Bekannte Diagnosen:**


**Aktuell in Betreuung/Behandlung**

stationär im Krankenhaus                      seit:                      Entlassung geplant am:

Name der Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

ambulant

Name der Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und einen aktuellen Arztbrief an:

[info@revita.care](mailto:info@revita.care) oder per Fax an +43 4269 20003-10

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter der Nummer +43 676/84 91 92 234 zur Verfügung.