

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 oder per Fax an +43 4269 20003-10

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