



Fragebogen

Klient Nr.:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Alter:	
Familienstand:	
Wohnform	
Häusliche Pflege:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Eingliederungshilfe:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Form von _____
Pflegegrad:	
Grad der Behinderung:	
Vermögen:	
Schulden:	
Einkommen:	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> JobCenter <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Wohngeld
Aufgabenkreis	<input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Vertretung vor Behörden und Gerichten <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Öffnen und Anhalten der Post
Ergänzungen:	
Beschreibung der Fallkonstellation:	
Fragen:	