

Nachsorge – Planung der Wiedereingliederung

Name:..... Vorname:..... Staatsangeh.:.....

Geburtsdatum:..... Familienstand:..... Kinder(Anzahl/Alter):.....

Obdachlosigkeit: nein ja , wenn ja seit wann:

Eigene Wohnung: zur Miete / Eigentum Adresse:

Letzter gemeldeter Aufenthaltsort vor Therapie:.....

§§35, 36: ja nein Gerichtliche Auflagen, offene Verfahren..... offene Haftzeiten:.....

Bisheriger Kostenträger:..... Rentenvers.Nr.:.....

Therapie:

Name der Einrichtung:..... Dauer der Therapie:.....

Zuständige/r Therapeut/in (Name / Telefon):

Sozialdienst (Name / Telefon):

Entlassung voraussichtlich:..... regulär nicht regulär

Wenn nicht regulär, Grund:

Rückfälle während der Therapie: nein ja wie viel, womit:.....

Vorherige Therapien:

Einrichtung/en..... Wann:.....

Dauer:..... Entlassungsart:.....

Finanzielle Situation:

Arbeitseinkommen Arbeitslosengeld I Bürgergeld

Grundsicherung/Sozialhilfe EU / BU Rente Altersrente

sonstiges Vermögen , wenn ja:€

Schulden: nein ja wie hoch:€

Privatinsolvenz ja nein

Regulierung begonnen: nein ja wenn ja, was:

Ausbildung und Beruf:

Schulabschluss: kein Schulabschluss Hauptschule Realschule Gymnasium

Berufsausbildung:..... mit Abschluss ja nein

Führerschein: ja nein

Erkrankungen (Hepatitis, HIV, Psychosen z.B.) **und gesundheitliche**

Einschränkungen:

.....

.....

Pflegestufe nein ja , wenn ja, welche:

Schwerbehindertenausweis nein beantragt ja

wenn ja, GdB:% , Merkzeichen:

Medikamente: nein ja wenn ja, welche:.....

.....

.....

.....

Interferonbehandlung, eingeleitet oder geplant

Gesetzliche Betreuung: nein ja wenn ja,

(Name / Adresse / Telefon / Email des/der Betreuers/in):

.....

.....

Aufgabenkreise:.....

.....seit wann besteht die Betreuung:.....

Ziele und wie ich sie erreichen möchte

Arbeit/Ausbildung:.....

.....

Alltag:.....

.....

Zusammenleben im Haus

Soziale Kontakte

Schuldenregulierung.....

Sonstiges

Suchterkrankung (welche Suchtmittel):

.....

Glücksspiel nein ja , wenn ja, was:

Pathologischer PC – Gebrauch nein ja

Selbsthilfegruppe

Sonstiges

Welche Unterstützung erwarte ich vom Betreuten Wohnen bei meinen Zielen:

.....

.....

.....

Besondere Vereinbarungen / Mitteilungen:

.....

.....

Datum:.....

Unterschrift:.....