



professionelle  
Sozialarbeit e.V.

Abt. **Kompass**  
Betreutes Wohnen

## BEWERBUNGSBOGEN

*Hinweis: Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt!*

<b>NAME:</b>	<b>VORNAME:</b>
LETZTE WOHNANSCHRIFT:	
TEL. NR.:	/
GEBURTSTAG:	GEBURTSORT:
STAATSANGEHÖRIGKEIT:	
FAMILIENSTAND:	KINDER:

<b>DIAGNOSEN:</b>	
1. psychiatrisch:	
2. suchttherapeutisch:	
3. medizinisch:	
<b>MEDIKATION:</b>	
1. psychiatrisch:	<input type="checkbox"/> verordnet; <input type="checkbox"/> nicht verordnet
	<input type="checkbox"/> verordnet; <input type="checkbox"/> nicht verordnet
2. suchttherapeutisch:	<input type="checkbox"/> verordnet; <input type="checkbox"/> nicht verordnet
	<input type="checkbox"/> verordnet; <input type="checkbox"/> nicht verordnet
3. medizinisch:	<input type="checkbox"/> verordnet; <input type="checkbox"/> nicht verordnet
	<input type="checkbox"/> verordnet; <input type="checkbox"/> nicht verordnet

<b>NÄCHSTER ANGEHÖRIGER / KONTAKTPERSON:</b>	
Name:	
Anschrift:	
Tel. Nr.:	
Kontakthäufigkeit:	x pro Monat / Jahr

**ZULETZT BEHANDELNDE NERVENÄRZTE / PSYCHOTHERAPEUTEN:**

Name:

Anschrift:

Tel. Nr.:

**HAUSARZT** (falls bekannt):

Name:

Anschrift:

Tel. Nr.:

**KRANKENKASSE:**

Name:

Anschrift:

Mitgliedsnummer:

BESTEHT EIN BETREUUNGSVERHÄLTNIS ?  nein  ja

Name:

Anschrift:

Tel. Nr.:

Aufgabenkreise:

HABEN SIE EINEN SCHWERBEHINDERTENAUSWEIS ?  nein  ja, und zwar \_\_\_\_ %HABEN SIE EINE RUNDFUNKGEBÜHRENBEFREIUNG ?  nein  ja

BIHERIGE AUFENTHALTE IN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN (KLINIKEN; HEIME; WG'S; ETC.)

Art der Einrichtung

Ort

Zeitraum

Diagnose

Art der Einrichtung	Ort	Zeitraum	Diagnose

**MONATLICHES EINKOMMEN:**

<input type="checkbox"/> ALG I,	wenn ja, seit wann:	___ 20 ___;	Betrag: _____, ___ €
<input type="checkbox"/> ALG II	wenn ja, seit wann:	___ 20 ___;	Betrag: _____, ___ €
<input type="checkbox"/> Rente	wenn ja, seit wann:	___ 20 ___;	Betrag: _____, ___ €
<input type="checkbox"/> Krankengeld	wenn ja, seit wann:	___ 20 ___;	Betrag: _____, ___ €
<input type="checkbox"/> Arbeitsentgeld	wenn ja, seit wann:	___ 20 ___;	Betrag: _____, ___ €

WIE WÜRDEN SIE SICH CHARAKTERISIEREN ?:


WAS IST BEI EINER RÜCKFALL-/ BELASTUNGSSITUATION ZU BEACHTEN ?:


BECHREIBEN SIE IHREN BISHERIGEN KRANKHEITSVERLAUF (SOWEIT BEKANNT):


HATTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT PROBLEME MIT SUCHTMITTELN ?

nein                       ja, mit                       Alkohol,                       illegalen Drogen,                       Medikamenten

NEHMEN SIE ZUR ZEIT SUCHTMITTEL ?

nein                       ja,                       Alkohol,                       illegalen Drogen,                       Medikamenten

SCHULABSCHLUSS:

--

BERUFSAUSBILDUNG:

--

BISHERIGE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN (AUSSERHALB DER DERZEITIGEN EINRICHTUNG):


<b>BISHERIGE BERUFLICHE TÄTIGKEITEN ( IN DER DERZEITGEN EINRICHTUNG):</b>	
Stunden pro Woche:	Entgelt pro Monat: _____, _____ €

<b>NENNEN SIE EINIGE HOBBIES UND FÄHIGKEITEN:</b>

<b>WIE STELLEN SIE SICH IHRE ZUKUNFT VOR ?:</b>

---

ORT / DATUM

(DIENST) – STEMPEL

UNTERSCHRIFT