

# Stammdatenblatt

Ambulant Betreutes Wohnen  
-Kontaktstelle-

Bezugsmitarbeiter

Name  Vorname

Geburtsname  Geburtsdatum

Geburtsort  Konfession

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend

Derzeitige Wohnung Straße  Haus-Nr.

PLZ  Ort

Tel.Festnetz  Tel.mobil

Kostenträger  Selbstzahler  LVR  Hilfeplan vom

Aktenzeichen

Vermittlung durch  Telefon-Nr.

bestellter Betreuer Name  Telefon-Nr.

Straße  Haus-Nr.

PLZ  Ort

Gesundheit  Vermögen  Aufenthalt

Aufgabenkreise  Ämtervertretung  andere .....

Einwilligungsvorbehalt bei

Angehörige

**BWS e.V.**

Sozialhilfe

ALG1

HartzIV

Rente

Einkommen

Höhe in €  
monatlich

Schulbildung

Beruf

Krankenver-  
sicherung bei

nein

ja, bis: .....

Hausarzt

Name

Telefon-Nr.

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Medikation

keine

folgende:

Art der Behinderung

Abhängigkeit

Doppeldiagnose

Psychische Erkrankung

Alkohol

Medikamente

Drogen

Andere :

Suchtstoff

Abstinenz-  
vorsatz

niedrig

mittel

hoch

Trnikdruck  
zur Zeit

ja

nein

Entgiftungs-  
behandlungen

keine

ja

Anzahl:

Entwöhnungs-  
behandlungen

keine

ja

letzte

letzter

wo

wegen

KHS-Aufenthalt

Diabetiker

Schonkost:...

Pflegestufe..

Behinderung, Art und Grad

Inkontinenz

suicidal

Psychosen/Neurosen:...

Sonstiges

.....

