

Übergabeinformation

Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Ärztl. Behandler: _____ Ansprechpartner Klinik: _____

Krankheitsverlauf, z.B. letzte Klinikaufenthalte, Zeitpunkt Ersterkrankung _____

Psychiatrische Diagnose/n; Suchterkrankungen; dementielle Erkrankungen: _____

Soziale und Aktuelle psychische Situation

Aktuelle Wohnsituation, soziale Kontakte/ Integration _____

Aktuelle Wochenstruktur (Termine bei Arzt (z.B. Depot), Therapeuten, TWG/BEW, usw.): _____

Hobbies/Interessen oder sonstige Freizeitbeschäftigungen? _____

Aktuelle psychische Situation? (stabil/instabil; Suizidalität; Motivierbarkeit) _____

Zielsetzung

Kurzfristige oder langfristige Ziele des Klienten. Was erhofft er/sie sich vom Besuch der Tagesstätte? _____

An welchen Bereichen der Tagesstätte hat ihr Klient Interesse (Arbeit/ Freizeit/ Gruppenangebote/ Cafeteria)? _____

An welchen Zielen arbeiten Sie derzeit mit dem Klienten? _____

Ergänzende Informationen und Unterlagen

Gesetzl. Betreuung: ja nein ist beantragt

Einkommen: EM-Rente GruSi/HLU ALG II Sonstige
 Einkünfte

Anlagen: ärztlicher Bericht Schweigepflichtentbindung (bitte immer mitsenden!)

Diese Übergabeinformation wurde erstellt von:

Name: _____ Einrichtung: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Klient wird betreut seit: _____