

Patientenname:

Psychosozialer Anamnesebogen CF Kinder / Familie

Patientenaufkleber:

Versicherungs-Nr. Krankenkasse	Ansprechpartner:
Rentenversicherungs-Nr.	Ansprechpartner.
Sonstige:	Ansprechpartner:

Diagnosestellung, wann?

Tel. bzw. Handy-Nr.

Religion:	Staatsangehörigkeit.
Schule/ Ausbildung/Beruf	Kinder:
Schwerbeh Status:	Pflege-Status:
Hilfen zur Erziehung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	zuständig:

Genogramm:

Becker, Schon, Slabosz

Patientenname:

Soziale Anamnese:

Soziales Umfeld, (Netzwerkkarte als Anhang)
Bezugspersonen: (Adresse, Tel-Nr.)
Familiäre Lebenssituation:
Berufstätigkeit der Eltern:

Finanzielle Situation:

Erwerbseinkommen:
Finanzieller Unterstützungsbedarf: : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Freizeitverhalten/ persönliche Situation

Sport
Hobbys
Stärken / Schwächen
Sonstiges:

Becker, Schon, Slabosz

Patientenname:

Krankheitssituation

Kenntnisse über Krankheitsbild

- a) Eltern
- b) Kind

Info bzw. Schulungsbedarf?

- a) Eltern
- b) Kind

Kenntnisse über Therapiemaßnahmen.

- a) Eltern

- b) Kind

Info bzw Schulungsbedarf?

- a) Eltern

- b) Kind

Psychische Belastung durch CF bei Eltern

Keine 0.....10 sehr stark

Psychische Belastung durch CF bei Kind

Keine 0.....10 sehr stark

Sonstige psychische Belastung

Keine 0.....10 sehr stark

Belastung durch:

Becker, Schon, Slabosz

Patientenname:

Beratung / Unterstützungsbedarf:

Patient:
Angehörige:
Vereinbarung:

Datum	Sozialer Dienst	Name:	Unterschrift:

Becker, Schon, Slabosz