

# Psychosoziale Bedarfserhebung CF Jugendliche/ Erwachsene

Patientenaufkleber:

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

Tel. bzw. Handy-Nr.:	Mail:
----------------------	-------

Familienstand:	Tel. Angehörige: a)
Staatsangehörigkeit:	b)
Schule/Ausbildung/Beruf:	Kinder:
Schwerbehindertenstatus:	Pflege-Status:
Patientenvollmacht vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Patientenverfügung vorhanden: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Betreuung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	BetreuerIn:

## Genogramm:

Becker, Schon, Slabosz



## Freizeitverhalten/ persönliche Situation

Sport
Hobbys
Stärken / Schwächen
Sonstiges:

## Krankheitssituation

Kenntnisse über Krankheitsbild: keine 0.....10 sehr gut
Info bzw. Schulungsbedarf?
Kenntnisse über Therapiemaßnahmen. keine 0.....10 sehr gut
Info bzw. Schulungsbedarf?
Psychische Belastung durch CF keine 0.....10 sehr stark
Psychische Belastung durch anderes keine 0.....10 sehr stark
Wenn ja, welche?.....

Becker, Schon, Slabosz

## **Beratung / Unterstützungsbedarf:**

Bedarf Patient:

Bedarf Angehörige:

<b>Datum</b>	<b>Sozialer Dienst</b>	<b>Name:</b>	<b>Unterschrift:</b>