

Antrag auf Trainingshilfe

(unserere Fax-Nr. 513 15 30-350)

_____	_____	_____
Titel/Vorname/Nachname der Klientin/des Klienten	Geburtsdatum	Geschlecht
_____	_____	_____
Wohnsitz/Adresse	Telefon	erreichbar

email-Adresse		

Behandelnde/r Ärztin/Arzt / Station / Institution / Praxis Tel.

Beratungsstelle / SozialarbeiterIn / Name / Tel.:

Zuweisende Stelle / Profession der zuweisenden Person

Kontakt für Rückfragen bez. Erstgespräch mit KlientIn: Name, Tel.

Beschreibung des/der KlientIn

Leistungsbezug / Unterstützung über die MA 40 (Sozialhilfe, Mietbeihilfe, etc.) ja nein

Psychische Beeinträchtigung durch psychotrope Substanzen ja nein

Delinquenz im Lebenslauf ja nein

Medikamenteneinnahme vom Facharzt verschriebener Psychopharmaka ja nein

F

Diagnose nach ICD10 (für statistische Zwecke erforderlich)

Trainingsinhalte, -ziele

- Soziale Kontakte Wohnen Freizeit Arbeitssuche bzw. Beschäftigung Finanzen
 sonstiges _____

Besondere Anforderungen an den/die TrainingshelferIn (z. B. Alter, Geschlecht)

Name des Antragstellers/der Antragstellerin

Datum/Unterschrift