

Familienfragebogen

Familienfragebogen										
		Ihre Geschwister			Ihre Eltern		Ihre Kinder			
	Selbst	1. Geschw.	2. Geschw.	3. Geschw.	Vater	Mutter	1. Kind leib. <input type="checkbox"/> adopt. <input type="checkbox"/>	2. Kind leib. <input type="checkbox"/> adopt. <input type="checkbox"/>	3. Kind leib. <input type="checkbox"/> adopt. <input type="checkbox"/>	Partner
Name										
Alter + Geb.dat. (evtl. Todesdat.)										
Leben im selben Haus (ja/nein)										
Familienstand Dauer der Partnerschaft/ Heirat von bis										
Staatsangehörig keit										
Religion										
Schulbildung										
Beruf										
Wichtige Krankheit oder Behinderung										
Psych. Störungen Bereits behandelt?										
Besondere Stärken und Fähigkeiten										

Familienname:..... Vorname:.....

Tel. privat:..... Tel. dienstlich:.....

	Großvater väterlicherseits	Großmutter	Großvater mütterlicherseits	Großmutter	Wichtige Ergänzungen, die im 1. Gespräch berücksichtigt werden sollten
Vorname					
Alter + Geburtsdatum (evtl. Todesdatum)					
Leben im selben Haus/Wohnung ja/nein					
Familienstand Dauer der Partnerschaft/ Heirat von bis					
Datum der Eheschließung bzw. Scheidung					
Religion					
Schulbildung					
Beruf					
Wichtige Krankheit oder Behinderung					
Psych. Störungen Bereits behandelt?					
Besondere Stärken und Fähigkeiten					

Was sonst noch wichtig ist:.....