

Fragebogen zur Lebenssituation

Name: _____

Umgang mit Finanzen	ja	nein
Sammeln Sie Ihre Kontoauszüge selbst?		
Verwalten Sie die Ihnen zur Verfügung stehenden Gelder selbst?		
Welche?		
Alle		
Kommen Sie mit Ihrem Geld aus?		
Kennen Sie Ihre Einnahmen und Ausgaben?		
Haben Sie einen Überblick über Ihre Finanzen?		
Können Sie Überweisungen von Ihrem Konto tätigen?		
Wissen Sie, wo Sie günstig einkaufen können?		
Wenn ja, wo?		
Kennen Sie die Handy-Fallen?		
Planen Sie Ihre Ausgaben und Wünsche?		
Wissen Sie mit Rechnungen und Mahnungen umzugehen?		

ja **nein**

Wohnsituation	ja	nein
Wohnen Sie in einer eigenen Wohnung ?		
Wohnen Sie bei Ihren Eltern ?		
Haben Sie den Wunsch auszuziehen ?		
Sehen Sie Schwierigkeiten in einer eigenen Wohnung?		
Falls ja, welche ?:		

Umgang mit Behörden	ja	nein
Wissen Sie, welches Amt für Sie zuständig ist?		
Kennen Sie Ihren zuständigen Ansprechpartner?		
Wissen Sie wo die entsprechenden Ämter sind?		
Kennen Sie die entsprechenden Telefonnummern?		
Kennen Sie die Öffnungszeiten?		
Können Sie Antragsformulare ausfüllen oder wissen, wer Ihnen dabei helfen kann?		
Vereinbaren Sie eigenständig Termine mit Behörden?		
Nehmen Sie Termine mit Behörden eigenständig wahr?		
Haben Sie eine Akte für Ihre wichtigen Dokumente zu Hause?		
Bearbeiten Sie Ihre Post selbständig?		

Schule/Arbeit/Ausbildung	ja	nein
Stehen Sie selbständig auf?		
Können Sie selbständig die Jugendwerkstatt KOMM erreichen?		
Holen Sie sich Hilfe, wenn Sie welche brauchen?		
Wissen Sie, wie man Bewerbungen schreibt?		
Können Sie sich in Vorstellungsgesprächen präsentieren?		
Haben Sie einen Schulabschluss ?		
Wenn ja, welchen ? :		
Wissen Sie, was Sie beruflich machen wollen ?		
Wenn ja, was ? :		

Umgang mit Sauberkeit	ja	nein
Halten Sie Ihren Wohnbereich selbständig in Ordnung?		
Waschen Sie Ihre Wäsche selbst?		
Achten Sie selbst auf Ihre Körperhygiene?		
Tragen Sie saubere und ordentliche Kleidung?		

Umgang mit Gesundheit	ja	nein
Wissen Sie, was Sie tun müssen, wenn Sie krank sind?		
Wissen Sie, wann Sie eine Überweisung brauchen?		
Nehmen Sie Termine bei Ärzten allein wahr?		
Gehen Sie verantwortungsbewußt mit Medikamenten um?		
Wissen Sie, wen Sie im Krankheitsfall informieren müssen?		
Nehmen Sie Ihre Vorsorgetermine beim Zahnarzt wahr?		
Achten Sie auf vernünftige Ernährung?		
Haben Sie (chronische) Erkrankungen?		
Wenn ja, welche?		
Konsumieren Sie Alkohol?		
Wenn ja, wie oft?		
Konsumieren Sie Drogen?		
Wenn ja, welche?		
Wenn ja, wie oft?		

Persönliches Netzwerk / soziales Umfeld	ja	nein
--	-----------	-------------

Haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern?		
Haben Sie Kontakt zu anderen Familienmitgliedern?		
Haben Sie eine Freundin/ einen Freund?		
Haben Sie einen Freundeskreis?		
Sind Sie in einem Verein?		
Wenn ja, in welchem?		
Haben Sie Personen, denen Sie vertrauen?		
Wissen Sie, wen Sie bei Problemen ansprechen können?		
Kennen Sie Stellen oder Personen, bei denen Sie sich in schwierigen Lebenslagen Hilfe holen können?		

Freizeitgestaltung	ja	nein
---------------------------	-----------	-------------

Haben Sie Hobbys ?		
Wenn ja, welche ? :		
Haben Sie in ihrer Freizeit häufiger Langeweile ?		
Würden Sie Ihre Freizeit gerne anders verbringen ?		
Brauchen Sie Infos oder Unterstützung zur Freizeitgestaltung ?		

Kontakte mit Polizei / Gericht	ja	nein
---------------------------------------	-----------	-------------

Laufen zur Zeit polizeiliche Ermittlungsverfahren gegen Sie ?		
Haben Sie Vernehmungs- oder Verhandlungstermine ?		
Haben Sie gerichtliche Auflagen zu erfüllen ?		

Sonstiges:
