

Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister München e.V.

- EINZELBERATUNG
- PAARBERATUNG
- FAMILIENBERATUNG
- TELEFONBERATUNG

- ERSTBERATUNG
- FOLGEBERATUNG
- PRIMI PASSI

Datum der Beratung:	Mitarbeiter*in:	Dauer:
---------------------	-----------------	--------

Frau/Herr
Name: _____

Anschrift: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____ Alter: _____

Telefon/Handy/E-Mail: _____

Empfohlen: _____

<u>Angaben zum verstorbenen Kind</u>		
Name des Kindes:		
Alter:	Todestag:	Todesursache:
Nähere Umstände/Besonderheiten/Schwierigkeiten:		

<u>Angaben zur Familie</u>
Geschwister/Geschwisterfolge:
Familienstruktur:
Besonderheiten:

Notizen:

Datenschutz abgefragt?

Gesprächsinhalt / Information:

Gesprächsinhalt:

Vereinbarung:

-
- Beratung zu Fragen des familiären Zusammenlebens
 - Allgemeine Informationsangebote
 - Empfehlung von Gruppenangeboten und sonstige Angebote des Vereins