

| | | | | | | | |
|---------------|--|------------|--|-------------|--|--------|--|
| Familienname: | | Vorname: | | geboren am: | | in: | |
| Anschrift: | | Tel. priv: | | Tel gesch: | | Email: | |

| | Ihre Geschwister | | | Ihre Eltern | | Noch lebende Großeltern | | | Ihre Kinder | | | Partner (falls nicht anwesend) | |
|--|------------------|------------|------------|-------------|--------|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------|--------|--------|-----------------------------------|--|
| | 1. Geschw. | 2. Geschw. | 3. Geschw. | Vater | Mutter | 1. Kind leibl. | 2. Kind leibl. | 3. Kind leibl. | adopt. | adopt. | adopt. | | |
| Name | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsjahr (evtl. Todesjahr) | | | | | | | | | | | | | |
| Leben im Haus (ja - nein) | | | | | | | | | | | | | |
| Familienstand | | | | | | | | | | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | | | | | | | | | | |
| Religion | | | | | | | | | | | | | |
| Schulbildung | | | | | | | | | | | | | |
| Beruf | | | | | | | | | | | | | |
| Schwere Krankheiten u./o. Körperbehind. | | | | | | | | | | | | | |
| psychische Störungen bereits behandelt? | | | | | | | | | | | | | |

Dauer der Partnerschaft: