**Vorsorgeuntersuchung**

Wir sind der Überzeugung, dass jeder die Möglichkeit haben sollte, ein gesundes Leben zu führen. Manche Umstände, wie nicht über ausreichende Nahrungsmittel oder zuverlässige Transportmittel zu verfügen oder in Sicherheit zu leben, können die Gesundheit erschweren. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen, damit wir Sie und Ihre derzeitige Situation besser verstehen können. Wir sind möglicherweise nicht in der Lage, Ressourcen für alle Ihre Bedürfnisse zu finden. Aber wir werden versuchen, Ihnen so gut wie möglich zu helfen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| **Nahrungsmittel** |  |  |
| 1. Haben Sie sich in den vergangenen 12 Monaten Sorgen gemacht, dass Ihre Nahrungsmittel zur Neige gehen könnten, bevor Sie Geld hatten, um mehr zu kaufen? |  |  |
| 1. Haben in den vergangenen 12 Monaten von Ihnen gekaufte Nahrungsmittel einfach nicht gereicht und Sie hatten kein Geld, um mehr zu kaufen? |  |  |
| **Unterkunft/Energiekosten** |  |  |
| 1. Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten jemals im Freien, im Auto, in einem Zelt, in einer Notschlafstelle oder vorübergehend in der Wohnung einer anderen Person (d. h. auf deren Couch) gelebt? |  |  |
| 1. Machen Sie sich Sorgen, dass Sie Ihre Unterkunft verlieren könnten? |  |  |
| 1. Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten jemals nicht in der Lage, Betriebsmittel (Heizung, Strom) zu erhalten, als Sie diese wirklich benötigten? |  |  |
| **Transport** |  |  |
| 1. Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten nicht in der Lage, aufgrund eines Mangels an Transportmitteln Arzttermine wahrzunehmen oder andere zum täglichen Leben notwendige Dinge zu tun? |  |  |
| **Zwischenmenschliche Sicherheit** |  |  |
| 1. Fühlen Sie sich an Ihrem derzeitigen Wohnort körperlich oder emotional unsicher? |  |  |
| 1. Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten von einer anderen Person geschlagen, geohrfeigt, getreten oder auf andere Weise körperlich verletzt? |  |  |
| 1. Wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten von einer anderen Person gedemütigt oder emotional missbraucht? |  |  |
| **Optional: Unmittelbarer Bedarf** |  |  |
| 1. Sind jegliche Ihrer Bedürfnisse dringend? Beispiel: Sie haben heute Abend nicht genug zu essen, Sie haben heute Nacht keinen Schlafplatz oder Sie haben Angst, verletzt zu werden, wenn Sie heute nach Hause gehen. |  |  |
| 1. Möchten Sie, dass wir Ihnen bei den von Ihnen genannten Bedürfnissen helfen? |  |  |