# Domiziel Ansbach



# Karolinenstrasse 6, 91522 Ansbach , Telefon: 0981 - 94474

### Anfragebogen bitte schicken an info@domiziel-ansbach.de oder faxen an: 0981 17170

|  |
| --- |
| Anfragende Einrichtung / Klinik / Betreuer  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse: | Mitar-beiter/in: |   | Tel: |

|  |
| --- |
| Informationen zum Bewerber |
| Nachname  |  |  Vorname |  | geb. am |  |
| Straße  |  | Hausnummer |  |
| Ort |  |  PLZ |   |   |  |
| Telefon |  |  E-Mail  |  |
| Einzugswunsch:  |  |
| Diagnose(n): |  |
| Medikation: |  |
| Grund der Anfrage: |  |
| Gesetzliche Betreuung: | JA  [ ]  | NEIN  [ ]  | Adresse/Tel:  |  |  |
| Wurde bereits Antrag auf Kostenübernahme gestellt? | JA  [ ]  | NEIN  [ ]  | Zuständiger Kostenträger: |  |
| Weitere Arztberichte beigelegt? | JA  [ ]  | NEIN  [ ]  | Werden nachgereicht? |  |
|  |
| Ausbildung |
| Schulabschluss: |  | Berufsausbildung:  |  |
| Tätigkeiten:  |  |  |  |  |
| Aktuelles Einkommen: |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| Aufenthalte in Kliniken, Heimen, WG`s in den Letzten Beiden Jahren |
|  Wo: | Wann: |  | Weshalb:  |
|  Sss Wo: | Wann: |  | Weshalb: |  |
|  Wo: | Wann: |  | Weshalb: |
|  |  |  |  |

 |
| Wichtige persönliche kontaktpersonen |
| Name, Vorname |  | Verwandtschafts-verhältnis |  |
| Adresse |  | Telefon |  |
| Name , Vorname |  | Verwandtschafts-verhältnis |  |
| Adresse |  | Telefon |  |
| Name, Vorname |  | Verwandtschafts-verhältnis |  |
| Adresse |  | Telefon |  |

|  |
| --- |
| Wichtige ArztKontakte |
|  Hausarzt |  |  Telefon |           |
| Adresse |  |   |  |
| Psychiater / Psychotherapeut |  |  Telefon |  |
| Adresse |  |
| Dürfen wir Ihre Ärzte um Auskunft bitten? | JA  [ ]  | NEIN  [ ]  |  |
| Krankenkasse:  | Adresse:  |  |  |
|  |  |  |  |
| Aktuelle Schwierigkeiten |
| Welche Schwierigkeiten haben Sie aktuell? |  |  |
| Drogen JA  [ ]  | Welche/wie oft?  |  NEIN  [ ]  |
| Alkohol JA  [ ]  | Welche/wie oft?  |  NEIN  [ ]  |
|  |
| Erklärung und Unterschrift |
| Mit der Weitergabe des Anfragebogens und der Arztberichte an das Domiziel bin ich einverstanden. |
| Unterschrift Bewerber |  | Datum |  |
| Unterschrift Betreuer |  | Datum |  |
| Unterschrift Sozialdienst |  | Datum |  |

Eingang Domiziel Ansbach:

Bearbeitet von:

Vorliegende Unterlagen: Arztbericht  [ ]  Sozialbericht  [ ]  HEB-Bogen  [ ]

Erstgespräch empfohlen:  JA  [ ]  nein [ ]

Domiziel Ansbach, 5-2017