

DOMIZIEL ANSBACH E.V.

KAROLINENSTRASSE 6, 91522 ANSBACH , TELEFON: 0981 – 2082288-0



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

ANFRAGENDE EINRICHTUNG / KLINIK / BETREUER

Adresse:	Mitarbeiter/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 <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Adresse/Tel:
Wurde bereits Antrag auf Kostenübernahme gestellt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Zuständiger Kostenträger:
Weitere Arztberichte beigelegt?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	Werden nachgereicht?

AUSBILDUNG

Schulabschluss:	Berufsausbildung:
Tätigkeiten:	
Aktuelles Einkommen:	

AUFENTHALTE IN KLINIKEN, HEIMEN, WG`S IN DEN LETZTEN BEIDEN JAHREN

Wo:	Wann:	Weshalb:
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 <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	Adresse:		

AKTUELLE SCHWIERIGKEITEN

Welche Schwierigkeiten haben Sie aktuell?			
Drogen	JA <input type="checkbox"/>	Welche/wie oft?	NEIN <input type="checkbox"/>
Alkohol	JA <input type="checkbox"/>	Welche/wie oft?	NEIN <input type="checkbox"/>

ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT

Mit der Weitergabe des Fragebogens und der Arztberichte an das Domiziel bin ich einverstanden.

Unterschrift Bewerber		Datum	
Unterschrift Betreuer		Datum	
Unterschrift Sozialdienst		Datum	