



DOMIZIEL ANSBACH BETREUTES WOHNEN

KAROLINENSTRASSE 6, 91522 ANSBACH

TELEFON: 0981 – 208228840

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

ANFRAGENDE EINRICHTUNG / KLINIK / BETREUER*IN

Einrichtung/Betreuung:

Adresse:

Mitarbeiter*in:

Tel:

INFORMATIONEN ZUR BEWERBER*IN

Nachname:

Vorname:

geboren am:

Straße:

Hausnummer:

Ort:

PLZ:

Telefon:

E-Mail:

Gewünschter Start der Betreuung:

Diagnose(n):

Medikation:

Grund der Anfrage:

Gesetzliche Betreuung:

JA NEIN

Name:
Adresse/Tel:

Wurde bereits Antrag auf Kostenübernahme gestellt?

JA NEIN

Zuständiger Kostenträger:

Weitere Arztberichte beigelegt?

JA NEIN

Werden nachgereicht?

Könnten sie sich vorstellen in einer Wohngemeinschaft betreut zu werden?

JA NEIN

AKTUELLE SCHWIERIGKEITEN

Welche Schwierigkeiten haben sie aktuell?
Wo benötigen sie Hilfe?

Drogen: JA Welche/wie oft?

NEIN

Alkohol: JA Welche/wie oft?

NEIN

AUSBILDUNG

Schulabschluss:

Berufsausbildung:

Tätigkeiten:

Aktuelles Einkommen:

WICHTIGE PERSÖNLICHE KONTAKTPERSONEN

Name, Vorname:	Verwandtschaftsverhältnis:
Adresse:	Telefon:
Name , Vorname:	Verwandtschaftsverhältnis:
Adresse:	Telefon:

WICHTIGE ARZTKONTAKTE

Hausarzt*in:	Telefon:
Adresse:	
Psychiater*innen/ Psychotherapeut*innen:	Telefon:
Adresse:	
Sontige Ärzt*Innen:	Telefon:
Adresse:	
Dürfen wir Ihre Ärzte um Auskunft bitten?	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:	Adresse:

ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT

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

Datum/Unterschrift Bewerber*in

Datum/Unterschrift Betreuer*in

Datum/Unterschrift Sozialdienst

Eingang Domiziel Ansbach:
Bearbeitet von:
Vorliegende Unterlagen: Arztbericht <input type="checkbox"/> Sozialbericht <input type="checkbox"/> HEB-Bogen <input type="checkbox"/>