

1. Name, Vorname(n)		
	geb.am	Geburtsort/Geburtsname
	Staatsangehörigkeit	Konfession
2. Name, Vorname(n)		
	geb. am	Geburtsort/ Geburtsname
	Staatsangehörigkeit	Konfession
Anschrift	Straße / PLZ / Ort	Telefon

Angehörige	a)	Name, Vorname	
		Straße / PLZ / Ort	Telefon
		Wie verwandt?	
	b)	Name, Vorname	
		Straße / PLZ / Ort	Telefon
		Wie verwandt?	
(Vorsorge)vollmacht(en)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopien der (Vorsorge)vollmachten beifügen)		
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Betreuungsverfügung beifügen)		

Krankenkasse / Pflegekasse	1.	2.
	Pflegegrad	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Einstufung / Höherstufung beantragt am _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Einstufung / Höherstufung beantragt am _____
Hausarzt	Name:	Telefon:
	Ort:	Ort:

Wohnungsinteresse für	<input type="checkbox"/> Niederzier	<input type="checkbox"/> Birkesdorf
	<input type="checkbox"/> 1-Raum-Wohnung <input type="checkbox"/> 3-Raum Wohnung <input type="checkbox"/> 2-Raum-Wohnung	<input type="checkbox"/> 2-Raum-Wohnung
	Wohnberechtigungs-schein	
	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> es kommt nur eine freifinanzierte Wohnung in Frage	
Interesse	<input type="checkbox"/> baldmöglichst / sofort	<input type="checkbox"/> in ca. _____ Monaten / Jahren
Hinweise		

Ort und Datum	Unterschrift des / der Interessenten oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten
----------------------	--

Ort und Datum	Handzeichen des Sachbearbeiters
----------------------	--

**Betreutes Wohnen
Ärztlicher Fragebogen**

Bitte von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen!

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Hauptdiagnose u.

Nebendiagnosen:

Regelmäßige Kontrollen

Diätetische Maßnahmen

Besonderheiten:

z.B. Ansteckende Erkrankungen, Suchterkrankungen (Grundsätzlich nehmen wir keine Patienten mit einer ansteckenden Erkrankung auf)

Medikamente / Injektionen

her- richten	verab- reichen
-----------------	-------------------

Für evtl. notwendige Nachfragen seitens der Wohnanlage Sophienhof hat der Patient seinen Hausarzt von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes _____