

Anfrage für einen Heimplatz zur vollstationären psychiatrischen Pflege und Betreuung

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DOMIZIL Reichshof Fritz-Schulte-Straße 12 51580 Reichshof-Wildbergerhütte Tel.: 02297 9118-0 FAX 02297 - 9118 78 domizil-schillingmann@aph-domizil.com | Verwaltung: Fritz-Schulte-Straße 12 51580 Reichshof domizil-qmb@aph-domizil.com | <input type="checkbox"/> DOMIZIL DÜREN Lourdesstraße 18-22 52353 Düren - Echtz Tel: 02421 - 98 50 -0 FAX: 02421 – 985050 domizil.dueren@arcor.de |
|---|---|--|

Angaben zu der/dem Klientin/Klienten

| | | | | |
|---|---------|--|------------|-------------------------|
| NAME: | Vorname | Geburtsdatum | Pflegegrad | beantragt am: |
| | | | | Bescheid liegt vor vom: |
| Gemeldeter Wohnsitz: | | Derzeitiger Aufenthalt (Einrichtung / Klinik etc.): | | |
| Straße | | Straße | | |
| PLZ, Ort | | PLZ, Ort | | |
| Telefon/E-Mail | | Telefon/E-Mail | | |
| Krankenkasse | | Diagnosen | | |
| Kostenträger | | Bemerkungen | | |
| <input type="checkbox"/> LVR <input type="checkbox"/> LWL <input type="checkbox"/> LWV Hessen <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sonstige | | | | |

Angaben zur gesetzlichen Betreuung
oder zur anfragenden Person (Sozialdienst / Pflegeberatung, beh. Ärztin/(Arzt, etc.)

| | | |
|--------------|---------|----------|
| NAME: | Vorname | Telefon: |
| | | E-Mail: |
| | | Fax: |
| Institution | | |

Einverständniserklärung zur Speicherung personenbezogener Daten:

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu – Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ihre transparenten Informationen gemäß Art. 13 DSGVO zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie [hier](#).

Ort Datum: _____ Ort, Datum: _____

Betreuung / ges. Betreuer*in

Klient*in