

Erstkontaktbogen besondere Wohnform für psychisch kranke Menschen



Termin Erstgespräch: _____

Anrufer: Name: _____ Anschrift: _____ _____	Tel.: _____ Fax: _____ Handy: _____ Mail: _____
Bezug zum Kunden: _____	

Interessent: Name: _____ Anschrift: _____ _____	Geb. Datum: _____ Tel.: _____ Wohnadresse: _____ _____
derzeitiger Aufenthalt: _____	

Anfrage für: Pflege WH Betr. Wohnen Warteliste Kostenträger: _____

Einstufung: Pflegegrad: _____ liegt vor seit: _____ beantragt am: _____

Leistungsgruppe: _____ liegt vor seit: _____ In Bearbeitung seit: _____

Diesbezgl. Ansprechpartner: _____

Gesetzlicher Betreuer: Kontaktdaten: _____

Wohnsituation:

Diagnosen/ICD 10:

Hilfebedarf/Unterstützungsleistungen:

Fachärztliche Einschätzung:

Anbindung an psychiatrische Ambulanz in:
Fachärzte Psychiatrie:

Private Haftpflichtversicherung bei: _____

Ich willige der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der vorvertraglichen und vertraglichen Maßnahmen durch die „Haus des Lebens gGmbH“ bis auf Widerruf ein. Widerrufe können jederzeit erfolgen unter info@hdl-herborn.de. Weitere Details zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter www.hdl-herborn.de

Datum, Unterschrift

Mir ist wichtig dass:

Ich brauche Folgendes:

Weitere Informationen:

Kontaktdaten:

DGD Haus des Lebens

Kaiserstr.25

35745 Herborn

Einrichtungsleitung: Frau Elvira Seitz

Telefon: 02772-5716587

Mail: e.seitz@hausdeslebens.de

HP: www.hausdeslebens.de