

Anmeldung zum Vorgespräch
für
Therapeutische Jugendwohngruppe KID e.V.

Fax: 089 / 54 07 27 37

Dipl.-Psych. Florentina Haberl

.....
Datum

.....
Name, Institution und Telefon des Anmeldenden (Soz.-Päd. o.Ä.)

.....
Name, Geburtsdatum, Telefon und Anschrift des Bewerbers

.....
ICD-10-Diagnose (sofern bekannt)

.....
Derzeitige Medikation

.....
Name und Anschrift der / des Sorgeberechtigten (bei unter 18 Jährigen) bzw. des ges. Betreuers (falls vorhanden)

Liegt bereits eine Kostenübernahmebewilligung vor? ja nein

Falls ja, durch wen?

Falls nein, bis wann voraussichtlich und durch wen?

Eine definitive Kostenübernahmezusage durch den jeweiligen Kostenträger ist Voraussetzung für eine Aufnahme in die Wohngruppe.

Gewünschter Einzugstermin:

Sonstige Anmerkungen: