

Diakonie HERZOGSÄGMÜHLE

Angaben zur Person (Bitte unbedingt **komplett** und möglichst **digital** ausfüllen)

Name, Vorname: _____	
Geboren am: _____ in: _____	Familienstand: _____
Erstwohnsitz: Straße: _____	Mobil: _____
PLZ / Ort: _____	Festnetz: _____
Staatsangehörigkeit: Aufenthaltserlaubnis?: <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	E-Mail: _____
Krankenversicherung mit Adresse und Versicherungsnummer:	
<input type="checkbox"/> familienversichert über <input type="checkbox"/> Vater Name/Geburtstag: <input type="checkbox"/> Mutter Name/Geburtstag: <input type="checkbox"/> freiwillig versichert (wenn Beiträge selbst (Vermögen/Eltern) oder über Sozialhilfe einbezahlt)	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert (Krankengeld, Ü-Geld, AGI/II, Rente) <input type="checkbox"/> Beihilfe versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Rentenversicherung mit Adresse:	Sozialversicherungsnummer:
_____	_____
Rechtliche Betreuung: beantragt?: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Name: _____ Telefon: _____	
E-mail: _____	
Behandelnde/-r Psychiater/-in:	
Adresse und Telefon: _____	
Zuletzt in der stationär-psychiatrischen Klinik _____	
in _____	
von: _____ bis: _____	
Haben Sie schon einmal an einer medizinischen Rehabilitation teilgenommen? nein: <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> wo: _____ wann: _____	
Haben Sie schon Rentenversicherungsbeiträge eingezahlt, z. B. durch ein festes Arbeitsverhältnis oder eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme (z.B. BVB)? nein: <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> von _____ bis _____	
Beziehen Sie ALG II ? Seit _____ bis: _____	