

Anlage
zum Antrag auf Eingliederungshilfe

Leistungsberechtigte/r

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Medizinische Angaben zur Feststellung bzw. Ermittlung meines Gesundheitszustandes sowie meines erforderlichen Hilfebedarfes:

➤ Mein Hausarzt:

Name, Vorname	Anschrift
letzter Besuch (ca.)	

➤ Fachärzte, die mich im letzten Jahr oder früher behandelt haben:

Name, Vorname	Anschrift
Name, Vorname	Anschrift
Name, Vorname	Anschrift

➤ Krankenhausbehandlungen in den letzten 5 Jahren:

Zeitraum (von – bis)	Name, Anschrift des Krankenhauses (ggf. Abteilung, Station, behandelnder Arzt)	Grund

Ort, Datum

Unterschrift Leistungsberechtigte/r o. Betreuer/in