

Anmeldung Veranstaltung

- Karneval**
Freitag, 5. Februar 2021
- Guinness-Abend**
Donnerstag, 18. März 2021
Donnerstag, 21. Oktober 2021
- Italienischer Abend**
Donnerstag, 24. Juni 2021
- Valentins-Party**
Samstag, 13. Februar 2021
- Halloween-Party**
Sonntag, 31. Oktober 2021

Hiermit bestätige ich die Anmeldung.
Ich erkenne die beigefügten AGB an.

.....
Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

.....
Gesetzlicher Betreuer / Sorge-Berechtigter

Bitte umblättern →



Anmeldung Veranstaltung

Ich heiÙe:

.....

Meine Adresse:

.....

.....

Mein Geburts-Tag:

.....

Telefon:

.....

Meine Eltern heiÙen / mein gesetzlicher Betreuer heiÙt:

.....

.....

Adresse:

.....

.....

Telefon und E-Mail:

.....

Telefonnummer für **Notfälle**:

.....

Wichtige Infos:

z.B. Vorliegen von Diabetes, Epilepsie, Allergien etc.

.....

.....

Notfall-Medikamente:

.....

.....

So soll bezahlt werden:

- Verhinderungs-Pflege (Vollmacht: Seite 80)
- Entlastungs-Leistungen (Vollmacht: Seite 80)
- Ich zahle selbst.



Fragebogen Seite 1

Liegt eine Behinderung vor? Welche?

Schwerbehindertenausweis liegt vor: Ja Nein

Wieviel Prozent: Merkzeichen: B H G/aG

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet? Ja Nein

Liegt eine Epilepsie vor? Ja Nein

Was ist dabei zu beachten?

Gibt es ein Notfallmedikament, wie und wann ist dieses zu verabreichen, wann nicht?

Tetanusschutz gegeben? Ja Nein

Datum der Impfung:

Diabetes besteht? Ja Nein

Insulinpflichtig? Ja Nein

Bestehen Allergien? Ja Nein

Welche und wogegen?

Was ist bei einer allergischen Reaktion zu unternehmen?

Bitte umblättern →



Fragebogen Seite 2

Werden Medikamente eingenommen? Ja Nein

Medikamente / Bedarfsmedikamente:	Wann:

Werden die Medikamente selbständig eingenommen? Ja Nein

Wenn die Medikamente nicht selbständig eingenommen werden:

Hiermit ermächtige ich

.....

die Mitarbeiter*innen des Familienunterstützenden Dienstes (FuD) – ALW Aktives Leben und Wohnen gGmbH, die im Anmelde-Fragebogen genannten Medikamente laut Verordnungsplan zu verabreichen. Eventuelle Änderungen werde ich umgehend mitteilen.

Ich stelle die Mitarbeiter*innen des FuD hiermit ausdrücklich bezüglich der Vergabe von Medikamenten von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes/Klienten frei.



Fragebogen Seite 3

Mir ist bewusst, dass die Mitarbeiter*innen des FuD größtenteils keine medizinische Ausbildung besitzen.

Es können ausschließlich Medikamente, für die eine ärztliche Verordnung vorliegt, verabreicht werden. Dies gilt auch für freiverkäufliche Medikamente!

Dauerverordnungen werden (sofern möglich) in Dosetten gestellt mitgegeben, Bedarfsmedikamente originalverpackt. Sämtliche Beipackzettel müssen (in Kopie) vorliegen.

Bitte reichen Sie eine entsprechende, aktuelle Verordnung ein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Unterstützungsbedarf

Es wird keine Hilfe benötigt

Oder: Es ist Hilfe notwendig beim

An- und Ausziehen Ja Nein teilweise

Benutzen der Toilette Ja Nein teilweise

Essen und Trinken Ja Nein teilweise

Verwalten von Geld Ja Nein teilweise

Sonstiges
.....
.....



Fragebogen Seite 4

Bestehen Einschränkungen beim:

Gehen/Laufen/Fortbewegen Ja Nein

Sprechen Ja Nein

Sehen Ja Nein

Hören Ja Nein

Zeitlichen Orientieren Ja Nein

Räumlichen Orientieren Ja Nein

Sonstiges:

.....

.....

Werden Hilfsmittel benötigt?

z.B. Rollstuhl, Toilettenhilfe, Hörgerät, Brille, Korsett, Zahnprothese...)?

.....

.....

.....

.....

Es ist schwierig, wenn:

es sehr laut ist viele Leute im Raum sind

wenn jemand zu nahe kommt die Räume eng sind

Sonstiges:

.....

.....



Fragebogen Seite 5

Wenn etwas schwierig ist, ist die Reaktion:

Aggressionen

Weinen

Sonstiges:

Wurden wichtige Informationen noch nicht erfasst?

Sollten sich Angaben aus diesem Fragebogen verändern, geben wir die Veränderung zeitnah an den Familienunterstützenden Dienst weiter.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Gesetzlicher Betreuer / Sorge-Berechtigter



Vollmacht

Ich/Wir bevollmächtige/n die Aktives Leben und Wohnen gGmbH,
Dortmunder Str. 75, 58453 Witten,
vertreten durch die Geschäftsführung Herrn Dr. König,

.....
in meinem/unserem Namen:

.....
bei der Pflegekasse:

Entlastungsbetrag

gemäß § 45b SGB XI zur Finanzierung der Aufwendungen
im Rahmen der anerkannten Unterstützungsangebote im
Alltag, die Kosten über Entlastungsleistungen abzurechnen.

Verhinderungspflege

einen Antrag gemäß § 39 des Pflegeversicherungsgesetzes
zur Finanzierung der Aufwendungen der Aktives Leben
und Wohnen gGmbH im Rahmen der Verhinderungspflege
(VHP) für unten genannte*n Klienten*in zu stellen.

Die Kostenerstattung der Pflegekasse trete ich/treten wir hiermit
an die Aktives Leben und Wohnen gGmbH ab.

Angaben Klient*in:

Name:

.....

Straße:

.....

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

.....

Versichertennummer:

.....

Witten, den

.....

.....
Unterschrift Klient*in Eltern / gesetzliche Vertretung

