

Anmeldung Freizeiten

Ich melde mich für diese Reise*n an (mit Reise-Datum):

1:

2:

3:

Reise-Alternative:

Ich heiÙe:

Meine Adresse:

.....

Mein Geburts-Tag:

Meine Eltern heißen / mein gesetzlicher Betreuer heißt:

.....

Adresse:

.....

Telefon / Handy / E-Mail:

.....

Post an: Teilnehmer*in gesetzliche Vertretung

Mein Pflege-Grad: Keiner 1 2 3 4 5

Ich brauche einen Roll-Stuhl: Ja manchmal Nein

Ich brauche ein Pflege-Bett: Ja Nein

.....

Bitte umblättern →



Anmeldung Freizeiten

Ich brauche diese Hilfs-Mittel:

.....
.....
.....

Ich habe einen Schwerbehinderten-Ausweis: Ja Nein

Merk-Zeichen:

.....
.....

Ich habe eine Wert-Marke für Bus und Bahn: Ja Nein

Ich möchte, dass vor der Reise einmal jemand zu mir

kommt: Ja Nein

Ich brauche eine Betreuung (kostenpflichtig)

für mich alleine (1:1): Ja Nein

So soll bezahlt werden:

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

Hiermit bestätige ich die Anmeldung.

Ich erkenne die beigefügten AGB an.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer

.....
Gesetzlicher Betreuer / Sorge-Berechtigter



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

