



Info- und Anmeldebogen

Wenn möglich, bitte digital ausfüllen. Danke.

Angebot:

Vorname:

Name:

Straße:

Ort:

Geb.datum:

Pflegegrad:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

LH-Mitgliedschaft: ja nein

Abrechnung: Rechnung direkt an Pflegekasse

Rechnung an Familie

Privatzahler

Eingliederungshilfe

Pflegekasse:

Verhinderungspflege

Entlastungsleistung

Behinderungen:

Erkrankungen:

Allergien:

Epilepsie:

Medikamente:

wieviel: wie oft: wann:

wieviel: wie oft: wann:

wieviel: wie oft: wann:

Name:

darf die oben aufgeführten Medikamente verabreichen, bzw. laut beiliegender Medikamentenverordnung oder Kopie einer ärztlichen Verordnung. Mir ist bewusst, dass der Mitarbeiter*in keine pflegerische oder medizinische Ausbildung hat. Ich verpflichte mich dazu, den*die Mitarbeiter*in persönlich in die Medikamentengabe einzuweisen. Die Dosierung der Medikamente bereite ich selbst vor (z.B. in einer Medikamentenbox). Ich verpflichte mich dazu, der Lebenshilfe bei einer Veränderung der Medikation eine neue Bescheinigung, Medikamenten-Verordnung oder eine Kopie einer ärztlichen Verordnung zukommen zu lassen.

Hilfsmittel:

Hilfestellungen:

Schwimmen:

Weglauff Tendenzen:

Rollstuhlgerate: ja nein

Gitterbett erforderlich: ja nein

Besonderes:

Unterschrift, Datum:

Sorgeberechtigte*r / Rechtliche*r Betreuer*in / Teilnehmer*in

Die Lebenshilfe verpflichtet sich zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Im Rahmen der Betreuung werden persönliche Daten der Teilnehmer*innen erhoben und gespeichert. Diese Daten können von Leitungskräften und Mitarbeiter*innen der Offene Hilfen sowie der Verwaltung eingesehen werden. Ein Hinweis zur Sicherstellung der Informationspflichten zum Datenschutz kann bei der Lebenshilfe eingesehen oder angefordert werden.

Diese Anmeldung ist vorbehaltlich einer Zusage verbindlich!