

ANMELDEFORMULAR 2020

Bitte vollständig ausfüllen

Rückgabe an:
Lebenshilfe Pforzheim Enzkreis e.V., Offene Hilfen
Mühlstr. 8, 75172 Pforzheim

Vor-und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Schule/Arbeitsstätte: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Falls keine Pflegekasse: Andere Kostenträger: _____ Selbstzahler

Angaben zum gesetzlichen Betreuer/ Betreuerin:

Vor-und Nachname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Mobil: _____ Zuständigkeit: Gesundheit Finanzen

Pflegeaufwand gesamt

- gering
- mittel
- hoch

Betreuungsaufwand

- gering
- mittel
- hoch

Der Teilnehmer

- braucht Hilfe beim Gehen
- ist Rollstuhlfahrer

Hilfebedarf WC

- nein
- gering
- umfangreich
- inkontinent

Epileptische Anfälle

- keine
- ja, Häufigkeit: _____

Medikamente

- nein
- ja (**bitte Rückseite ausfüllen**)

Einschränkungen bei der Ernährung

- nein
- ja, folgende: _____

Einverständniserklärung für die Veröffentlichung von Fotos

Mit der Verwendung von Fotos, die bei Angeboten der Offenen Hilfen entstehen, bin ich einverstanden:

- Veröffentlichungen der Lebenshilfe
- örtliche Presse
- nein

Dies gilt solange bis die Erklärung aktualisiert oder widerrufen ist.

Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und erkenne sie an.

Datum/Unterschrift Teilnehmer: **✗** _____

Datum/Unterschrift gesetzl. Vertreter: **✗** _____

Angebotsnummer

Name des Angebots

Weitere Informationen/Angaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

BESCHEINIGUNG FÜR DIE MEDIKAMENTENAUSGABE

Nur von Personen, denen die Gesundheitsfürsorge obliegt (gesetzlicher Betreuer oder gegebenenfalls betreute Person selbst), auszufüllen bzw. zu unterschreiben.

Wenn obenstehendes nicht zutrifft, ist die Unterschrift des verordnenden Arztes erforderlich!

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass das Personal der Offenen Hilfen bei Bedarf, mir /meinem Sohn / meiner Tochter bzw. dem / der Betreuten, meines/meiner Patienten/Patientin das unten angeführte Medikament bzw. Medikamente verabreichen kann.

Teilnehmer (Vor- und Nachname): _____

benötigt keine Medikamente

Medikamente werden selbstständig verwaltet

ja nein

Medikamente werden selbstständig eingenommen

ja nein

Folgende Hilfe wird dabei gebraucht: _____

Medikament/Heilmittel	Dosierung/Zeitpunkt	Dauer der Medikation

Hiermit versichere ich, dass alle aufgeführten Medikamente wie aufgelistet zu verabreichen sind. Veränderungen der Medikation werde ich unverzüglich mitteilen. (Die entsprechenden Beipackzettel bzw. Kopien hiervon sind den Medikamenten beigelegt.)

Verantwortlich für die Übergabe der Medikamente an die Offenen Hilfen:

Bei Bedarf können von den Offenen Hilfen mitgeführte Pflegemittel (Sonnencreme, After Sun Lotion, Mückenschutz (z.B. Autan), Mückenstichgel, Handseife, Handcreme etc.) angewendet werden.

ja ja, aber nicht: _____ nein

Datum _____ **Unterschrift wie oben beschrieben** (nur eine Unterschrift erforderlich):

Teilnehmer/betreute Person ~~X~~ _____

gesetzl. Betreuer/in ~~X~~ _____

Arzt/Ärztin ~~X~~ _____

Weitere Informationen/Angaben