

Dauer über 3 Stunden

grün

Name der Teilnehmerin des Teilnehmers	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>		

Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter*innen des FUND mit mir/uns über WhatsApp kommunizieren. Mir/uns ist bekannt, dass dies kein sicheres Netz ist und persönliche Daten nicht übermittelt werden dürfen.

ja

nein

Finanzierung der Betreuung: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Pflegekasse Verhinderungspflege

(maximal 1612,- pro Jahr)

(+evtl. ½ Kurzzeitpflege 806,- pro Jahr)

Pflegekasse Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

Anspruch besteht ab 2017 auf

125€/ Monat

oder aus Vorjahren

Name und
Anschrift der
Pflegekasse

Versicherungsnummer:

Die Pflegekasse ist der Lebenshilfe bereits bekannt

ja

nein

Bitte die Pflegekasse unbedingt vorab über die Betreuung informieren!

Eine **Abtretungserklärung** zur direkten Abrechnung mit der Pflegekasse liegt vor

ja

nein

Selbstzahler

(Privatrechnung)

Individuelle Vereinbarungen

Sonstiger Kostenträger

Name und Anschrift
Kostenträger

Lebenshilfe Mitglied

ja

nein

Name der durchgeführten Aktivität

Datum	von bis	Std.	Name Betreuer/in	Unterschrift Betreuer/in	Unterschrift Teilnehmer/in

Fahrt zum Einsatzort (Hin- und Rückfahrt)

Gefahrene km	Dienst PKW	Privat PKW	Autokennzeichen Privat-PKW
		<input type="checkbox"/> <small>bitte ankreuzen</small>	

Weitere Angaben zur Aktivität**Dauer**

- Aktion bis zu 6 Stunden
- Aktion über 6 Stunden
- Mehrtägig ohne Übernachtung
- Mehrtägig mit Übernachtung

Veranstalter

- Eigenveranstaltung des Freizeitclub
- Veranstaltung in Kooperation mit:
- andere Veranstalter:

Weitere Angaben zum Teilnehmer (muss unbedingt ausgefüllt werden!)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | Alter |
| <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre |
| <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7 - 21 Jahre |
| <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht | <input type="checkbox"/> 22 - 45 Jahre |
| <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt | <input type="checkbox"/> 46 - 65 Jahre |
| <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

Im Notfall sind die Vertrauenspersonen unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

- Werden zurzeit grundsätzlich Medikamente eingenommen? ja nein
- Müssen die Medikamente während der Betreuung verabreicht werden? ja nein

Bitte beachten Sie: Eine vom Arzt ausgefüllte Medikamentenverordnung muss vorliegen, damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf!
Medikamente müssen in diesem Fall vordosiert bereitgestellt werden

Aktuelle Besonderheiten die bei der Klientin / dem Klienten beachtet werden müssen

Liegt ein aktueller Tetanuschutz vor? ja nein

Das „Merkblatt FUND“ ist Bestandteil dieses Vertrages. Die Erziehungsberechtigten bzw. die Klientin / der Klient erklären sich durch ihre / seine Unterschrift ausdrücklich mit den Ausführungen im Merkblatt einverstanden und bestätigen die Richtigkeit der Angaben in diesem Formblatt. Sie erhalten das Merkblatt bei uns oder unter www.lebenshilfe-oal.de
Bitte wenden Sie sich bei Fragen an 08341/9003-11

Vielen Dank für Ihr Vertrauen

**Unterschrift der Erziehungsberechtigten
bzw. der Klientin / des Klienten**