

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Kontaktperson (z. B. Angehörige, gesetzl. Vertetung, Gruppenleitung):

Telefon:

E-Mail:

Rechnungsanschrift, wenn anders als oben genannte Anschrift

Angaben zur Anmeldung

Projekt:

Reise Kinder FZC Bildung _____ Kennzahl: /24

Reise Kinder FZC Bildung _____ Kennzahl: /24

Reise Kinder FZC Bildung _____ Kennzahl: /24

Reise Kinder FZC Bildung _____ Kennzahl: /24

Angaben zum Pflegegrad

Ist ein Pflegegrad vorhanden?

ja

nein

Pflegegrad?

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Abrechnung Betreuungs- und Pflegekosten (bitte zutreffendes ankreuzen)*

Kurzzeitpflege (KZP) Verhinderungspflege (VP) Entlastungsbetrag

*Zwingend erforderliche Angabe, wenn ein Pflegegrad vorliegt. Ohne Angabe der Abrechnungsart ist eine Abrechnung der Pflege- und Betreuungskosten mit der Pflegekasse nicht möglich. Möglichkeiten der Kosten-erstattung finden Sie auf Seite 90.



Persönliche Daten

Sind Sie Rollstuhl-fahrer? ja nein

Wenn ja, ist die Beförderung im Rollstuhl erforderlich? ja nein

Besondere Begleitung notwendig? ja nein

Aufgrund von

Blindheit Gehörlosigkeit 1-zu-1-Betreuung

Liegen chronische Erkrankungen vor?

Diabetes Epilepsie Asthma

Anderes: _____

Besondere pflegerische Bedarfe?

Blasenkatheter Stoma Thrombosestrümpfe

Inkontinenz Schlafapnoe-Gerät

Anderes: _____

Benötigen Sie pflegerische Hilfsmittel? ja nein

Wenn ja, welche? (z. B. Pflegebett, Lifter, Gehhilfen, Duschstuhl)

Nahrungsmittelunverträglichkeiten ja nein

Wenn ja, welche? (Laktose, Gluten, Fruktose, Nüsse, ...)

Allergien? ja nein

Wenn ja, welche? (z. B. Pollen, Gräser, Weizen, Milben)

Ist ein Fahrdienst zum Treffpunkt und zurück erforderlich? ja nein

Sind Sie Mitglied der Lebenshilfe Schwerin e.V.? ja nein

Hiermit bestätige ich, die Teilnahmebedingungen (siehe Seite 86) gelesen und verstanden zu haben. Hiermit bin ich damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten zur Abwicklung von Projekten der Dreescher Werkstätten gGmbH gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Teilnehmende/r: _____

Unterschrift gesetzl. Vertretung/
Gruppenleitung/ Betr. Wohnstätte: _____

