

ANMELDEFORMULAR 2024

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: _____ Grad d. Behinderung; Merkzeichen: _____
Schule/Arbeitsstätte: _____ Wohnheim: ja: _____ nein

Art der Beeinträchtigung/Diagnose: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____ Versichertennummer: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Bei Pflegekasse Abrechnung über: Entlastungsbetrag Verhinderungspflege

Falls keine Pflegekasse oder sonstige Gründe: Andere Kostenträger: _____ Selbstzahler

Angaben zum rechtlichen Betreuer/ zur rechtlichen Betreuerin bzw. Bevollmächtigte*r:

Vor-und Nachname: _____ PLZ, Ort: _____
Straße: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____ Mobil: _____
Zuständigkeit: Gesundheit Finanzen Vorsorgevollmacht Generalvollmacht

Epileptische Anfälle

keine ja, Häufigkeit: _____
 Notfallmedikament _____

Medikamente

nein ja (bitte Rückseite ausfüllen)

Ausdauer Gehen

lange Strecken
 nur kurze Strecken
 benötigt öfter Pausen

Pflegeaufwand

gering
 mittel
 hoch

Betreuungsaufwand

gering
 mittel
 hoch

Mobilität

Rollstuhl
 Rollator
 Krücken
 sonstige

Hilfebedarf WC

nein
 gering
 umfangreich
 inkontinent

Hilfsmittel

Orthesen
 Talker
 Hörgeräte
 sonstige

Allergien: nein ja, folgende: _____

Einschränkungen bei der Ernährung: nein Unverträglichkeiten: _____ sonstiges: _____

Angebotsnummer Name des Angebots

Angebotsnummer	Name des Angebots

Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und erkenne sie an.

Datum/Unterschrift Teilnehmer: _____

Datum/Unterschrift gesetzl. Vertreter: _____

BESCHEINIGUNG FÜR DIE MEDIKAMENTENAUSGABE

Nur von Personen, denen die Gesundheitsfürsorge obliegt (gesetzliche*r Betreuer*in 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.

Name, Vorname Teilnehmer bzw. Teilnehmerin: _____

- benötigt keine Medikamente Medikamente werden selbstständig verwaltet ja nein
 Medikamente werden selbstständig eingenommen ja nein

Folgende Unterstützung wird dabei benötigt: _____

Name des Medikaments	Dosierung/Zeitpunkt					Verabreichungsart	Dauer der Medikation
	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bei Bedarf		

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 beigefügt.)

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.

nein ja ja, aber nicht: _____

Unterschrift wie oben beschrieben:

Teilnehmer*in/betreute Person: _____

Rechtliche*r Betreuer*in: _____

Arzt/Ärztin (bei Bedarf): _____