

# ANMELDEFORMULAR 2025

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 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.

nein       ja       ja, aber nicht: \_\_\_\_\_

## Unterschrift wie oben beschrieben:

Teilnehmer\*in/betreute Person:  \_\_\_\_\_

Rechtliche\*r Betreuer\*in:  \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin (bei Bedarf):  \_\_\_\_\_