

Informationsbogen – Wichtige Informationen zur Betreuung

Name Teilnehmer/in: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Erziehungsberechtigter/
Name gesetzl. Betreuung: _____

1. Telefon Teilnehmer/in: _____

2. Telefonnummer: _____

Erziehungsberechtigter / gesetzliche Betreuung

Name und Beziehung zum Teilnehmenden: _____

E-Mail-Adresse: _____

Schwerbehindertenausweis?

Nein

Merkzeichen: G aG H B

Ja _____%

weitere: _____

Gültige Wertmarke vorhanden? Nein Ja

Pflegegrad: _____

Für die Abrechnung bitte folgende Verrechnungsart nutzen:

Eingliederungshilfe Freizeit/Assistenzleistungen „soziale Teilhabe“ Selbstzahler

Verhinderungspflege Entlastungsbetrag

Name der Pflegekasse

Krankenversicherungs-Nr.

Ich bin mit der Veröffentlichung von Fotos einverstanden: Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmer/in bzw. gesetzl. Betreuung



Wichtige Informationen zum Teilnehmenden:

Die angemeldete Person hat:

- keine Behinderung
- folgende Behinderung

Es besteht Unterstützungsbedarf, weil er/sie:

- im Rollstuhl sitzt
- in den Bewegungsabläufen eingeschränkt ist
- Hilfe beim Toilettengang benötigt
- gewickelt werden muss
- nicht sprechen kann
- Kontaktschwierigkeiten hat
- Gefahren nicht richtig einschätzen kann
- eine Weglauftendenz hat

- Es ist schon einmal zu epileptischen Anfällen gekommen:
- nein ja
- Es müssen während der Betreuungszeit folgende Medikamente gegeben werden
(z.B. Notfallmedikation) Bitte zusätzlich Kontakt mit Frau Lauterbach aufnehmen!

Gibt es Allergien/Unverträglichkeiten?

- nein ja

Wenn JA... welche?

Wie äußern sich diese?

Was ist zu tun, wenn allergische Reaktionen auftreten:

Das ist außerdem wichtig zu wissen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben:

Datum _____ Unterschrift _____

Die Lebenshilfe Lippstadt e.V. versichert, dass wir diese Daten nicht an Dritte weitergeben.