Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____ Geburts·datum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Kontakt·person (z. B. Angehörige, gesetzl. Vertetung, Betreuer in der Wohnstätte) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Rechnungs·anschrift, wenn anders als oben genannte Anschrift _____

Anmeldung für folgende Angebote/Projekte (Kennzahl eintragen)

Kinder	/25	/25	/25
Reise	/25	/25	/25
FZC	/25	/25	/25
Mein freies Wochenende	/25	/25	/25
Mein freier Samstag	/25	/25	/25

Familienauszeit ☐ FUD 01/25 Ferienbetreuung vor Ort ☐ FUD 02/25

Angaben zum Pflege·grad

Ist ein Pflege·grad vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Welcher Pflege·grad ist vorhanden? ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5

Abrechnung der pflege·bedingten Mehr·kosten*

- ☐ Kurz·zeit·pflege (KZP)
- ☐ Verhinderungs·pflege (VP)
- ☐ Entlastungs·betrag
- ☐ Selbst·zahler (keine Abrechnung über die Pflegekasse)

*Zwingend erforderliche Angabe, wenn ein Pflege·grad vorliegt.
Ohne Angabe der Abrechnungs·art ist eine Abrechnung mit der Pflege·kasse nicht möglich.
Möglichkeiten der Kosten·erstattung finden Sie auf Seite 95.

Sind Sie Roll·stuhl·fahrer? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, ist die Beförderung im Roll·stuhl erforderlich? ☐ ja ☐ nein
Nutzen Sie einen Rollator? ☐ ja ☐ nein

Besondere Begleitung notwendig? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, warum?
☐ Blindheit ☐ Gehörlosigkeit
☐ Intensiv·begleitung, weil : _____

Liegen chronische Erkrankungen vor?
☐ Diabetes ☐ Epilepsie ☐ Asthma
☐ Andere: _____

Besondere pflegerische Bedarfe?
☐ Blasen·katheter ☐ Stoma ☐ Thrombose·strümpfe
☐ Inkontinenz ☐ Schlafapnoe-Gerät
☐ Andere: _____

Benötigen Sie pflegerische Hilfs·mittel? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (z. B. Pflege·bett, Lifter, Geh·hilfen, Dusch·stuhl)

_____

Nahrungsmittel·unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (z. B. Laktose, Gluten, Fruktose, Nüsse)

_____

Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (z. B. Pollen, Medikamente, Weizen, Milben)

_____

Ist ein Fahr·dienst zum Treff·punkt und zurück erforderlich? ☐ ja ☐ nein
Bei Fahrten außerhalb von Schwerin sind Einzel·absprachen zum Fahr·dienst erforderlich.

Hiermit bestätige ich, die Teilnahme·bedingungen (siehe Seite 91–94) gelesen und verstanden zu haben. Ich bin damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten zur Abwicklung von Projekten der Vielfalter gGmbH gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen.

_____
Unterschrift teilnehmende Person

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift gesetzl. Vertretung / Betr. Wohnstätte

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____ Geburts·datum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Kontakt·person (z. B. Angehörige, gesetzl. Vertetung, Betreuer in der Wohnstätte) _____

Telefon _____ E-Mail _____

Rechnungs·anschrift, wenn anders als oben genannte Anschrift _____

Anmeldung für folgende Angebote/Projekte (Kennzahl eintragen)

Kinder	/25	/25	/25
Reise	/25	/25	/25
FZC	/25	/25	/25
Mein freies Wochenende	/25	/25	/25
Mein freier Samstag	/25	/25	/25

Familienauszeit ☐ FUD 01/25 Ferienbetreuung vor Ort ☐ FUD 02/25

Angaben zum Pflege·grad

Ist ein Pflege·grad vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Welcher Pflege·grad ist vorhanden? ☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5

Abrechnung der pflege·bedingten Mehr·kosten*

- ☐ Kurz·zeit·pflege (KZP)
- ☐ Verhinderungs·pflege (VP)
- ☐ Entlastungs·betrag
- ☐ Selbst·zahler (keine Abrechnung über die Pflegekasse)

*Zwingend erforderliche Angabe, wenn ein Pflege·grad vorliegt.
Ohne Angabe der Abrechnungs·art ist eine Abrechnung mit der Pflege·kasse nicht möglich.
Möglichkeiten der Kosten·erstattung finden Sie auf Seite 95.

Sind Sie Roll·stuhl·fahrer? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, ist die Beförderung im Roll·stuhl erforderlich? ☐ ja ☐ nein
Nutzen Sie einen Rollator? ☐ ja ☐ nein

Besondere Begleitung notwendig? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, warum?
☐ Blindheit ☐ Gehörlosigkeit
☐ Intensiv·begleitung, weil : _____

Liegen chronische Erkrankungen vor?
☐ Diabetes ☐ Epilepsie ☐ Asthma
☐ Andere: _____

Besondere pflegerische Bedarfe?
☐ Blasen·katheter ☐ Stoma ☐ Thrombose·strümpfe
☐ Inkontinenz ☐ Schlafapnoe-Gerät
☐ Andere: _____

Benötigen Sie pflegerische Hilfs·mittel? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (z. B. Pflege·bett, Lifter, Geh·hilfen, Dusch·stuhl)

_____

Nahrungsmittel·unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (z. B. Laktose, Gluten, Fruktose, Nüsse)

_____

Allergien? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (z. B. Pollen, Medikamente, Weizen, Milben)

_____

Ist ein Fahr·dienst zum Treff·punkt und zurück erforderlich? ☐ ja ☐ nein
Bei Fahrten außerhalb von Schwerin sind Einzel·absprachen zum Fahr·dienst erforderlich.

Hiermit bestätige ich, die Teilnahme·bedingungen (siehe Seite 91–94) gelesen und verstanden zu haben. Ich bin damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten zur Abwicklung von Projekten der Vielfalter gGmbH gespeichert und weiterverarbeitet werden dürfen.

_____
Unterschrift teilnehmende Person

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift gesetzl. Vertretung / Betr. Wohnstätte