

## Persönliche Daten



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Kontaktperson (z. B. Angehörige, gesetzl. Vertretung, Betreuer in der Wohnstätte) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift, wenn anders als oben genannte Anschrift \_\_\_\_\_

### Anmeldung für folgende Angebote/Projekte (Kennzahl eintragen)

Kinderprojekte \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Reisen \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Tagesfahrten \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

FZC \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Mein freies Wochenende \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Mein freier Samstag  (eine Anmeldung ist für alle Termine 2026)

### Angaben zum Pflegegrad

Ist ein Pflegegrad vorhanden?  ja  nein

Welcher Pflegegrad ist vorhanden?  PG 1  PG 2  PG 3  PG 4  PG 5

### Abrechnung der pflegebedingten Mehrkosten\*

- Kurzzeitpflege (KZP)
- Verhinderungspflege (VP)
- Entlastungsbetrag
- Selbstzahler (keine Abrechnung über die Pflegekasse)
- Behinderungsbedingte Mehrkosten

\*Zwingend erforderliche Angabe, wenn ein Pflegegrad vorliegt.

Ohne Angabe der Abrechnungsart ist eine Abrechnung mit der Pflegekasse nicht möglich.  
Möglichkeiten der Kostenübernahme finden Sie auf Seite 95.



Sind Sie Rollstuhlfahrer?  ja  nein  
 Wenn ja, ist die Beförderung im Bus im Rollstuhl erforderlich?  ja  nein  
 Nutzen Sie einen Rollator?  ja  nein

Besondere Begleitung notwendig?  ja  nein

Wenn ja, warum?

Blindheit  Gehörlosigkeit  Weglauftendenz  
 Intensivbegleitung, weil : \_\_\_\_\_

Liegen chronische Erkrankungen vor?

Diabetes  Epilepsie  Asthma  
 Andere: \_\_\_\_\_

Besondere pflegerische Bedarfe?

Blasen-katheter  Stoma  Thrombose-strümpfe  
 Inkontinenz  Schlafapnoe-Gerät  
 Andere: \_\_\_\_\_

Benötigen Sie pflegerische Hilfsmittel?  ja  nein

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

\_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  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 Fahrdienst zum Treffpunkt und zurück erforderlich?  ja  nein

Bei Fahrten außerhalb von Schwerin sind Einzelabsprachen zum Fahrdienst erforderlich.

Hiermit bestätige ich, die Teilnahmebedingungen (siehe Seite 90–94) 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 \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Kontaktperson (z. B. Angehörige, gesetzl. Vertretung, Betreuer in der Wohnstätte) \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift, wenn anders als oben genannte Anschrift \_\_\_\_\_

### Anmeldung für folgende Angebote/Projekte (Kennzahl eintragen)

Kinderprojekte \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Reisen \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Tagesfahrten \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

FZC \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Mein freies Wochenende \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26 \_\_\_\_\_ /26

Mein freier Samstag  (eine Anmeldung ist für alle Termine 2026)

### Angaben zum Pflegegrad

Ist ein Pflegegrad vorhanden?  ja  nein

Welcher Pflegegrad ist vorhanden?  PG 1  PG 2  PG 3  PG 4  PG 5

Abrechnung der pflegebedingten Mehrkosten\*

- Kurzzeitpflege (KZP)
- Verhinderungspflege (VP)
- Entlastungsbetrag
- Selbstzahler (keine Abrechnung über die Pflegekasse)
- Behinderungsbedingte Mehrkosten

\*Zwingend erforderliche Angabe, wenn ein Pflegegrad vorliegt.

Ohne Angabe der Abrechnungsart ist eine Abrechnung mit der Pflegekasse nicht möglich.  
Möglichkeiten der Kostenübernahme finden Sie auf Seite 95.



Sind Sie Roll-stuhl-fahrer?  ja  nein  
 Wenn ja, ist die Beförderung im Bus im Rollstuhl erforderlich?  ja  nein  
 Nutzen Sie einen Rollator?  ja  nein

Besondere Begleitung notwendig?  ja  nein

Wenn ja, warum?

Blindheit  Gehörlosigkeit  Weglauftendenz  
 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 90–94) 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

