

Stammblatt Familienunterstützender Dienst

Titel des gebuchten Angebots:	
Angaben zur Person:	Aufnahme am:
Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Wohnsituation (z.B. alleine in eigener Wohnung, abW, Wohneinrichtung)	
Tel.:	
Handy:	
E-Mail:	
Geburtsdatum, -ort:	
Pflegekasse bzw. weiterer Rehabilitationsträger:	
Versichertennummer:	
Name (Elternteil, ges. Vertretung, Betreuer):	
Anschrift:	
Telefon (priv.)	
(dienstlich)	
Im Notfall zu benachrichtigen:	
Handy:	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Beeinträchtigung:
Anspruch auf folgende Refinanzierung:	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag <input type="checkbox"/> persönliches Budget <input type="checkbox"/> Selbstzahlender

Stammblatt Familienunterstützender Dienst

<p>Bei Anspruch auf Entlastungsleistungen:</p> <p><input type="checkbox"/> Betroffene*r nutzt Entlastungsbetrag</p> <p><input type="checkbox"/> Pflege-/ und Sachleistungen können umgewidmet werden</p> <p><input type="checkbox"/> aus dem Jahr 20___ ist noch folgendes Budget nicht ausgeschöpft _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Entlastungsleistungen werden derzeit genutzt für:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Angebote FuD</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Leistungen vom Pflegedienst</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges</p>	
<p>Gesundheitsbefragung: Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):</p> <p>Schwerbehindertenausweis vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>GdB und Merkzeichen:</p> <hr/> <p>Kopien von folgenden wichtigen Unterlagen/ Dingen liegen vor:</p> <p><input type="checkbox"/> Kopie der Krankenkassenkarte</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis</p> <p><input type="checkbox"/> Abtretungserklärung</p> <p><input type="checkbox"/> Datenschutzerklärung</p> <p><input type="checkbox"/> Ausdruck Pflegeversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Erlaubnisse (Bade-/ und Schwimmerlaubnis, Fotoerlaubnis etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindung</p> <p><input type="checkbox"/> ggf. Bestallungsurkunde gesetzl. Betreuende*r</p> <p><input type="checkbox"/> ...</p>	<p>Gesundheitsbefragung: Rollstuhl?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn Ja:</p> <p><input type="checkbox"/> Betroffene*r kommt alleine aus dem Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Betroffene*r kommt mit Hilfe aus dem Rollstuhl</p> <p>Rollator?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Abhängigkeitstendenzen vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Epilepsie?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Diabetes?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Allergien?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Andere Erkrankungen? (Bitte benennen)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Notizen / Bemerkungen / zu beachten / Wünsche:

Stammblatt Familienunterstützender Dienst

Ort/Datum	Leistungsberechtigte*r bzw. gesetzliche Vertretung
-----------	---

Ort/Datum	Mitarbeiter*in Internationaler Bund e.V.
-----------	---