

Einverständniserklärung

Ich, Name, Vorname von Teilnehmer*in eintragen habe eine gesetzliche Betreuung. ja nein

Bei „ja“, bitte Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung eintragen:

Name: Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon: Fax: Mobil:

Der/Die Teilnehmer:in darf (bei „ja“ von der gesetzlichen Betreuung auszufüllen):

alleine den Veranstaltungsort verlassen ja nein

ohne Aufsicht ins Schwimmbad ja nein

kann schwimmen ja nein

darf mit Aufsicht ins Wasser? ja nein

im Kleinbus / Auto mitfahren ja nein

am Veranstaltungsort in Begleitung einer
Assistenz einen Arzt aufsuchen ja nein

Aus medizinischer Sicht ist der
Alkoholkonsum unbedenklich ja nein

Bemerkung:
.....

Taschengeld alleine verwalten ja nein

Anmerkung:
.....

Ich stimme zu, dass **nicht öffentliche** Fotos von dem / der Teilnehmer:in gemacht werden dürfen. (z.B. für Fotoalbum, Souvenir, etc.) ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Medikamente von Assistent:innen ohne pflegerische Fachausbildung verabreicht werden. Bitte beachten sie, falls Sie „NEIN“ ankreuzen, muss ein zusätzlicher Pflegedienst bestellt werden. Bitte setzen Sie sich hierfür unbedingt direkt nach der Anmeldung mit uns in Verbindung! ja nein

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt sorgfältig gelesen habe. Mit den oben angekreuzten Punkten bin ich einverstanden.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Einverständniserklärung

Ich, Name, Vorname von Teilnehmer*in eintragen habe eine gesetzliche Betreuung. ja nein

Bei „ja“, bitte Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung eintragen:

Name: Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon: Fax: Mobil:

Der/Die Teilnehmer:in braucht zur eigenen Sicherheit und unter einverständnis der gesetzlichen Bestimmungen folgende Dinge. (bei „ja“ von der gesetzlichen Betreuung auszufüllen):

Bettgitter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Babyphone	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja, mit Kamera	<input type="checkbox"/>
Verschluss der Haustüre	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Transport im Rollstuhl	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt sorgfältig gelesen habe. Mit den oben angekreuzten Punkten bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift

Behandlungspflege

Bitte bei der Rücksendung dieses Bogens unbedingt die Verordnung des Arztes über häusliche Krankenpflege, sowie ggf. eine aktuelle Medikamentenverordnung beilegen!

Name:

Geburtsdatum:

Bei Diabetes: Wann wird gemessen?

Wo?

Welches Insulin?

Wo wird gespritzt?

Im Falle einer Versorgung mit Katheter oder Stoma: welche Art?

Was wird gemacht?

Wann / wie oft?

Sonstige Versorgung (z.B. Wundversorgung, PEG, Injektion, etc.)

Was?

Wann / wie oft?

Ergänzungen, Mitteilungen:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift