

Bestätigung Aktualität des Assistenzbogens

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätige ich die Aktualität des Assistenzbogens von

.....
Name, Vorname von Teilnehmer*in eintragen

VOM
Datum Assistenzbogen eintragen

Ich versichere, dass ich dem Veranstalter bedeutsame Veränderungen¹ mitgeteilt habe.

Ich bin mir über folgende Punkte im Klaren:

- *sollten bedeutsame Veränderungen während der Veranstaltung vorliegen, die dem Veranstalter nicht mitgeteilt und nicht im Assistenzbogen vom
Datum Assistenzbogen eintragen erwähnt wurden, besteht die Möglichkeit des Ausschlusses von der Veranstaltung*
- *die Kosten für eine frühzeitige Rückreise trägt in diesem Fall der/die Teilnehmer*in/Auftraggeber*in!*

Es liegen bedeutsame Veränderungen vor? Dann kontaktieren Sie uns und wir lassen Ihnen gerne einen neuen Assistenzbogen zukommen.

Ort, Datum:

rechtsverbindliche Unterschrift:

1

Beispiele für Bedeutsame Veränderungen:

- es liegen neue Kontaktinformationen vor
- Seh-und oder Sprachverlust
- kontrollierte Medikamenteneinnahme
- neue Nahrungsunverträglichkeiten, Allergien
- benötigen einer Nachtwache
- Inkontinenz, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- Hin-Weglauff Tendenz, fremdaggressives Verhalten
- Anfälleschwerwiegende Veränderung der Mobilität

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 <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| ohne Aufsicht ins Schwimmbad | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| kann schwimmen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | mit Aufsicht <input type="checkbox"/> |
| darf schwimmen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | mit Aufsicht <input type="checkbox"/> |

Wenn keine Schwimmfähigkeit besteht, bitte ggf. Hilfsmittel mitgeben.

im Kleinbus mitfahren ja nein

am Veranstaltungsort in Begleitung einer Assistenz einen Arzt aufsuchen ja nein

Aus medizinischer Sicht ist der Alkoholkonsum unbedenklich ja nein

Bemerkung:

sein / ihr Taschengeld alleine verwalten ja nein

Anmerkung:

Ich stimme zu, dass Fotos von mir / dem / der Teilnehmer*in gemacht werden dürfen. 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

Informationsblatt

Sie haben diesen Bogen erhalten, weil Sie in Ihrer Anmeldung angegeben haben, dass Sie Unterstützung im Alltag benötigen.

Bitte achten Sie darauf, dass dieser Bogen *vollständig ausgefüllt und unterschrieben* ist. Nur so wissen wir, wie viele Assistent*innen wir benötigen, damit alle Menschen gut versorgt sind.

Geben Sie bitte vorsorglich eine durchgehend zu erreichende Notfallnummer an. (siehe Seite 2).

Wenn eine gesetzliche Betreuung besteht, brauchen wir für manches eine Einverständniserklärung.
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Urkunde zu.



Wir benötigen diesen Bogen *spätestens zwei Wochen nach Anmeldebestätigung* zurück.

Wir behalten uns vor, Teilnehmer*innen auszuschließen, wenn uns bis dahin nicht alle Angaben vorliegen.

Die Teilnehmer*innen werden hauptsächlich von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen (Assistent*innen) betreut und versorgt. Sie werden durch eine Veranstaltungsleitung angeleitet und durch die verantwortliche Koordination ausgewählt. Es sind jedoch keine Pflegefachkräfte!

Wenn Behandlungspflege nötig ist, müssen wir einen Pflegedienst hinzuziehen. In diesem Fall ist eine ärztliche Verordnung zur häuslichen Krankenpflege notwendig. Die Organisation des Pflegedienstes übernehmen wir gerne.

Zum Beispiel bei: Versorgung mit Katheter, Stoma, SPK, PEG, Gabe von Injektionen, Wundversorgung, etc.)

Für einen guten Ablauf brauchen wir diese Informationen direkt nach der Anmeldung.

Ihre Ansprechpartner*innen sind:

<i>Für Schöne Zeiten</i>	
Julia Lang Fachbereichsleitung Fachliche Beratung und Organisation Telefon: 02233 93245-202	
Christine Bauer Fachliche Beratung und Organisation E-Mail: bauer.christine@lebenshilfe-nrw.de Telefon: 02233 93245-202	Thimo Bassil Reiseleitung und Organisation E-Mail: bassil.thimo@lebenshilfe-nrw.de Telefon: 02233 93245-202

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.
Ihr Schöne Zeiten Team

Lebenshilfe Bildung NRW gGmbH
 Abtstraße 21
 50354 Hürth
 Telefon: 02233 93245-0