

## Anmeldebogen für ein Angebot

Moin, 😊

schön dass du dich dafür entschieden hast mit uns eine Freizeitaktivität zu buchen!  
Damit wir uns auf dich einstellen können, zum Beispiel in welchen Bereichen Du Unterstützung durch unsere Assistenz wünschst, bitten wir dich, diesen Anmeldebogen auszufüllen.  
Solltest du dabei Unterstützung benötigen, rufe uns gerne an und wir füllen den Anmeldebogen gemeinsam mit dir aus.

**Habt Ihr schon einmal einen Anmeldebogen ausgefüllt? Dann reicht die erste Seite!**

Hiermit melde ich mich	<b>verbindlich</b> zu folgendem Angebot
_____	_____
(Name des Teilnehmers, der Teilnehmerin)	
einmalig <input type="radio"/>	
am _____ an	
<b>Gesamtkosten</b>	€
Assistenzkosten	_____ €
(für Pflegekasse)	
Ich/wir stimmen dem Informationsaustausch der Betreuer/innen der Prolavi GmbH, im Rahmen des Datenschutzes zu.	
Wir stimmen der Weitergabe der im Rahmen des Events gemachten Fotos an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Eine Weitergabe an Dritte bzw. Veröffentlichung, auch im Rahmen sozialer Netzwerke, ist jedoch nur nach Zustimmung aller Abgebildeten zulässig.	
Die nicht abrechnungsrelevanten Gesundheitsangaben werden nur an die direkt mit dem Event befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben und entsprechend des Datenschutzes archiviert.	
Ich stimme den allgemeinen Geschäftsbedingungen der Prolavi GmbH zu	
_____	
Ort ,	Datum, mit rechtsverbindlicher Unterschrift

Solltest Du ein Bild von Dir an der Hand haben, freuen wir uns wenn Du es der Anmeldung beigelegt

<b>Allgemeine Daten des Teilnehmers, der Teilnehmerin</b>			
Name:		Nachname:	
Geschlecht:	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> diverse
Geburtsdatum:			
Adresse:			
Telefonnummer:			
Email:			

<b>Kontaktperson</b>	
<input type="radio"/> Eltern/ Angehörige	<input type="radio"/> Wohnstätte/ päd. Mitarbeiter/in
<input type="radio"/> gerichtlich bestellte Betreuung	<input type="radio"/> sonstige:
Name:	
Telefonnummer:	
Mobilnummer:	
Notfalltelefonnummer:	
Email:	

<b>Angaben zu deinem/er Bevollmächtigten oder Deinem/er vom Amtsgericht bestellten Betreuer/in (Kopie Betreuerausweis beilegen)</b>
Name:
Adresse :
Mobilnummer :
Email :
Bereiche:

<b>Art der Beeinträchtigung</b>					
<input type="radio"/> lern/ geistig Behinderung <input type="radio"/> körperliche Behinderung <input type="radio"/> psychische Behinderung <input type="radio"/> Traumatisierung Ergänzungen:					
Pflegegrad: <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5					
Schwerbehindertenausweis: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (GdB: %)    Wertmarke: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Merkzeichen: <input type="radio"/> B <input type="radio"/> G <input type="radio"/> aG <input type="radio"/> H <input type="radio"/> BI <input type="radio"/> GI					
Hilfsmittel: <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Gebiss <input type="radio"/> Prothese/Klammer <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl (Maße) <input type="radio"/> spezielles Besteck					
Sonstiges/Bemerkung:					
Medikation: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Medikationsplan)					
Nehme ich meine Medikamente selbständig ein ?					
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					
(Falls nein, bitte die Übersicht Medikationsplan und bei Medikamentengabe während der Betreuungszeit die Einverständniserklärung zur Medikamentengabe ausfüllen)					

<b>Allgemeines</b>	<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)</b>
Sinnesbehinderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lärmempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gefahrenbewusstsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Medikamentenvergabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
---------------------	-----------------------	-----------------------	--

Fähigkeiten	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Ich kann sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann lesen/schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann laufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin sicher im Straßenverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bin ich auf Hilfsmittel angewiesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja auf welche

Assistenz	Alleine	Erinnerung	Hilfe	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Toilettengänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wer soll Dich möglichst unterstützen: <input type="radio"/> ein Mann <input type="radio"/> eine Frau <input type="radio"/> diverse <input type="radio"/> egal

Einverständnis falls Notwendig	Nein	Ja	Bemerkung
Ich habe eine Mitfahrerlaubnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



<b>Reiserücktrittsversicherung</b>	Wir empfehlen <b>dringend</b> eine Reiserücktrittsversicherung bei einer privaten Versicherung Eures Vertrauens abzuschließen. Ihr benötigt Unterstützung? Meldet Euch!
<b>Stornogebühren</b>	siehe Allgemeine Geschäftsbedingungen der Prolavi GmbH.

Bin ich vollständig gegen den Corona Virus geimpft ? falls ja mit welchem Impfstoff?

**Nein**

**JA**

Wie wurdet Ihr auf uns aufmerksam: \_\_\_\_\_