Ihr Teilhabedienst für Assistenz, Beratung und Pflege
AMBULANTE DIENSTE NORDHESSEN
Stark im Verbund von LICHTENAU e.V.

ANMELDE- UND INFORMATIONSBOGEN
Freizeittreff

Gewünschter Termin:	☐ 09.06.	☐17.09.	☐15.10.	☐ 12.11.	☐10.12.
Name:	Geburtsdatum:				
Straße:	PLZ, Ort:				
Name der Eltern: Telefonnummer: Notfallnummer:					
Regelmäßige Medikamenteneinnahme:			☐ ja	☐ nein	
Behindertenausweis mit **B:**			☐ ja	☐ nein	
Rollstuhlfahrer:			☐ ja	☐ nein	
Anfallsleiden:			☐ ja	☐ nein	
Allergien:					
Besondere Vorlieben:					
Veröffentlichung von Fotos*:			☐ ja ☐ ja, aber ohne Namen	☐ nein	
Toilettengänge:	☐ selbstständig ☐ mit Hilfe		☐ nach Aufforderung ☐ Windelträger/-in		
Betreuung:	☐ 1:1		☐ 1:2		
Abrechnung soll erfolgen über:	☐ Verhinderungspflege §39 SGB XI ☐ Zusätzliche Betreuungsleistung §45 SGB XI ☐ Selbstzahler				
Die Rechnung reiche ich selbst an den Kostenträger weiter:			☐ ja	☐ nein	

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich für den kostenpflichtigen Freizeittreff an.
(Die Teilnahmegebühr beträgt 70 €)

Datum: _____ Unterschrift: _____

*Bei Zustimmung bitte die beigefügte Veröffentlichungserklärung vollständig ausfüllen.