

## Stammblatt Familienunterstützender Dienst

<b>Titel des gebuchten Angebots:</b>	
<b>Angaben zur Person:</b>	<b>Aufnahme am:</b>
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  <input type="checkbox"/> Leistungen vom Pflegedienst  <input type="checkbox"/> Sonstiges         </p>	
<p>Gesundheitsbefragung: Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):</p> <p>Schwerbehindertenausweis vorhanden  <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein          GdB und Merkzeichen:</p> <hr/> <p>Kopien von folgenden wichtigen Unterlagen/ Dingen liegen vor:</p> <p> <input type="checkbox"/> Kopie der Krankenkassenkarte  <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis  <input type="checkbox"/> Abtretungserklärung  <input type="checkbox"/> Datenschutzerklärung  <input type="checkbox"/> Ausdruck Pflegeversicherung  <input type="checkbox"/> Erlaubnisse (Bade-/ und Schwimmerlaubnis, Fotoerlaubnis etc.)  <input type="checkbox"/> Schweigepflichtentbindung  <input type="checkbox"/> ggf. Bestallungsurkunde gesetzl. Betreuende*r  <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.