

Reise-Begleitbogen Allgemein

Name:

Vorname:

geboren:

Liebe Kundin, lieber Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich die Zeit nehmen, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie die Inhalte an, die aus Ihrer Sicht wichtig sind, damit wir Sie bestmöglich unterstützen können. Punkte, die auf Sie nicht zutreffen oder die für das von Ihnen gewünschte Angebot nicht relevant sind, können Sie frei lassen. Wenn Sie Fragen oder Hinweise haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Viele Grüße

Ihre Inklusive WG Bremen e.V.

Art der Behinderung/Diagnosen:

Chronische Erkrankungen/Allergien (z.B. Asthma, Diabetes, Multiple Sklerose, Parkinson, Rheuma):

ja nein (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)

Anfallsleiden (Art des Anfalls, Hilfsmittel, Vorgehen):

ja nein (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)

Dauermedikamente Bedarfs-/Notfallmedikamente (ggf. weiteren Bogen nutzen)

Ärztlich verordnete Maßnahmen (z.B. Katheterisierung, Absaugen, Wundversorgung, Blutdruckmessung):

Viele ärztlich verordnete Maßnahmen müssen durch einen Pflegedienst erbracht werden. Wir beraten Sie dazu gern.

ja nein (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)

Hilfsmittel/Medizinprodukte

- Brille Kontaktlinsen
- Zahnprothese Zahnspange
- Hörgeräte
- Rollstuhl Rollator Buggy Gehhilfe:
- Prothesen/Orthesen/Einlagen/Schienen:
- Kommunikationshilfsmittel:
- Sonstiges Medizinprodukte (z.B. Lifter, Toilettenstuhl, Duschrollstuhl):

Hinweise zur Nutzung der Hilfsmittel/Medizinprodukte:

Essen

Ich habe besondere Essenswünsche/Unverträglichkeiten:

- ja nein

Welche:

Gibt es noch etwas, was wir zum Unterstützungsbedarf wissen sollten

- Erinnerung ans Duschen Assistenz beim Zähneputzen
- Beratung beim Essen Begleitung beim Umgang mit Geld
- Sonstiges:

Vertretung (rechtliche Betreuung, Vollmacht) / Sorgeberechtigte Person

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

O Notfallinfo soll an oben genannte Person erfolgen. Falls nicht, bitte weitere Angaben:

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich möchte Angebote und Leistungen der Inklusiven WG Bremen e.V. nutzen. Dazu gebe ich personenbezogene Daten an. Dazu gehören: Stammdaten, Kommunikationsdaten, Angaben zur Gesundheit und zum Unterstützungsbedarf. Das sind zum Teil besonders sensible persönliche Daten. Die erhobenen Daten werden von der Inklusiven WG Bremen e.V. vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet.

Zweck der Datenerhebung. Meine Daten werden von der Inklusiven WG Bremen e.V. dazu verarbeitet, um die vereinbarten Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

Weitergabe von Daten: Es erfolgt eine Weitergabe von Daten nur, sofern sie zur Durchführung der Leistung notwendig sind, zum Beispiel an die Reise-Unfall- und Haftpflichtversicherung.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten durch den Inklusiven WG Bremen e.V. verarbeitet werden. Ich kann diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich bin darüber informiert, dass dann für mich keine Leistungen mehr durch die Inklusiven WG Bremen e.V. erbracht werden können.

Datum, Unterschrift Kunde/in / Vertretung

Daten wurden im Gespräch erhoben durch (Name Mitarbeiter/in):