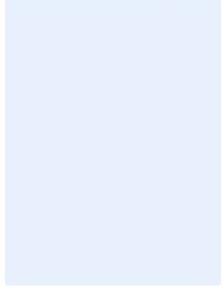


Ausgabe von:

 Foto einfügen
 
Allgemeine Angaben zur/zum Kunden/in:

Name :		Vorname:	
geb.:		Geschlecht:	männlich weiblich
Straße:		Nr.:	
Ort:		Postleitzahl:	
Wohnform (z.B. WG, Eltern, Wohnheim):			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
Geburtsname:		Familienstand:	
		Anzahl Kinder:	
Staatsangehörigkeit:		Sprache/n:	
Dolmetscher notwendig		Sprachbesonderheiten (siehe Begleitbogen)	

Versichertennummern / Grad der Behinderung:

Krankenversicherg. (mit Ort):		Vers.Nr.:	
Pflegegrad:	keiner 1 2 3 4 5	gültig seit:	
Pflegegrad beantragt:	ja nein		
Befreiung Rezeptgebühr:	ja nein	Patientenverfügung:	ja nein
Schwerbehindertenausweis - Nr:		gültig bis:	
Grad Behinderg.:		Merkzeichen:	B G aG Bl Gl RF
Wertmarke gültig bis:			
Dresden-Pass:	ja nein	Schüler-Pass:	ja nein

Art der Behinderung:

geistige Behinderung seelische/ psychische Behinderung Körperbehinderung

Sinnesbeeinträchtigungen:

blind/stark sehbehindert gehörlos schwerhörig

Fortbewegung/Hilfsmittel:

Elektro-Rollstuhl Rollstuhl Rollator Unterstützung bei:

Einkommen (nur bei Aufnahme in WfbM ausfüllen):

 Ausbildungsgeld Arbeitslosengeld II Grundsicherung Erwerbsminderungsrente
 Erwerbsunfähigkeitsrente Waisenrente Halbwaisenrente Übergangsgeld

Betreuung/Beschäftigung/Arbeit:

Betreuung/Beschäftigung/Arbeit:	
Betreuungs-/Beschäftigungszeit:	
Aktuelle Betreuungs-/Beschäftigungsstelle:	
Adresse*:	
Telefon*:	
E-Mail*:	

* nur angeben, wenn nicht in der Lebenshilfe Dresden

Kostenträger für gewünschte Leistung (z.B. Pflegekasse, KSV, Sozialamt, Jugendamt, Agentur für Arbeit) – bei Selbstzahlung, Reisen ist keine Angabe notwendig :

1. Kostenträger:		Aktenzeichen:	
Kostenträger für:			
Kostenzusage von:		bis:	
Telefon:		E-Mail:	

2. Kostenträger:		Aktenzeichen:	
Kostenträger für:			
Kostenzusage von:		bis:	
Telefon:		E-Mail:	

3. Kostenträger:		Aktenzeichen:	
Kostenträger für:			
Kostenzusage von:		bis:	
Telefon:		E-Mail:	

4. Kostenträger:		Aktenzeichen:	
Kostenträger für:			
Kostenzusage von:		bis:	
Telefon:		E-Mail:	

1. Vertretung (rechtlicher Betreuung, Vollmacht) / Sorgeberechtigte Person

Bitte Kopie Betreuerausweis / Vollmacht mitsenden!

Name, Vorname :			
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
<input type="checkbox"/> Berufsbetreuer/in <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/>			
Funktionen:	<input type="checkbox"/> Notfallinfo <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht		
Rechtliche Betreuung gültig bis:			
<input type="checkbox"/> Rechl. Betreuung als Rechnungsanschrift		<input type="checkbox"/> Sonstiger Schriftverkehr an rechtl. Betreuung	

2. Weitere Vertretungsperson / Weitere sorgeberechtigte Person

Name, Vorname :			
Adresse:			
Telefon:		Mobil:	
E-Mail:			
<input type="checkbox"/> Berufsbetreuer/in <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/>			
Funktionen:	<input type="checkbox"/> Notfallinfo <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht		
Rechtliche Betreuung gültig bis:			
<input type="checkbox"/> Rechl. Betreuung als Rechnungsanschrift		<input type="checkbox"/> Sonstiger Schriftverkehr an rechtl. Betreuung	

Wichtige Bezugspersonen:

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	
Funktion:	<input type="checkbox"/> Notfallinfo <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Abholerlaubnis <input type="checkbox"/>		

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	
Funktion:	<input type="checkbox"/> Notfallinfo <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Abholerlaubnis <input type="checkbox"/>		

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	
Funktion:	<input type="checkbox"/> Notfallinfo <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Abholerlaubnis <input type="checkbox"/>		

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	
Funktion:	<input type="checkbox"/> Notfallinfo <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Abholerlaubnis <input type="checkbox"/>		

Bezugsmitarbeiter/innen Lebenshilfe Dresden (wird durch Lebenshilfe ausgefüllt):

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse (mit Gruppe/Abteilg.):			
Telefon:		E-Mail:	

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse (mit Gruppe/Abteilg.):			
Telefon:		E-Mail:	

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse (mit Gruppe/Abteilg.):			
Telefon:		E-Mail:	

Name, Vorname:		Bezug:	
Adresse (mit Gruppe/Abteilg.):			
Telefon:		E-Mail:	

Bitte senden Sie uns die angekreuzten Unterlagen als Kopie mit:
(durch Lebenshilfe Dresden anzukreuzen)

- Ärztliche Gutachten:
- Betreuerausweis
- Bewilligungsbescheide:
- Einkommensbescheid (z.B. Ausbildungsgeld, Grundsicherung, Rente)
- Geburtsurkunde der Kinder
- Krankenkassenkarte
- Nachweis Lohnsteuer/Steueridentifikationsnummer (Kopie beifügen)
- Schwerbehindertenausweis
- Sozialversicherungsausweis
- Zeugnisse (Schule, Beruf)
- Gutachten zur Einstufung Pflegegrad

Bitte lesen Sie unbedingt die Einwilligungserklärung zum Datenschutz, bevor Sie die Stammdatenerfassung unterschreiben!

Datum, Unterschrift Kunde/in / gesetzliche Betreuung