

Jetzt haben wir noch Fragen zu Ihrer Gesundheit:

- **Es gibt Pflege-Mittel.** Pflege-Mittel sind zum Beispiel Einmal-Hand-Schuhe, Bett-Einlagen, Einlagen in Slip.  
Nehmen Sie Pflege-Mittel: ja  nein   
Schreiben Sie hier, welche Pflege-Mittel Sie haben:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Nehmen Sie Medikamente:** ja  nein   
Ich brauche Hilfe, dann nehme ich meine Medikamente:  
ja  nein   
Dann brauchen wir eine Liste vom Arzt. Auf diese Liste schreibt der Arzt Ihre Medikamente.

- **Sind Sie zucker-krank:** ja  nein   
Vielleicht sind Sie zucker-krank, dann müssen Sie mit uns sprechen. Bitte rufen Sie uns gleich an.

- **Brauchen Sie Spritzen:** ja  nein
- **Haben Sie eine Allergie:** ja  nein
- **Haben Sie Anfälle:** ja  nein

- **Bei was brauchen Sie Hilfe:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Was muss bei Ihnen noch beachtet werden:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Offene Hilfen (OH) für Kurse – Freizeit – Kultur

Bei Nachfragen: Telefon: 07361 564 – 319

Anmeldung per Fax: 07361 564 – 320

Samariterstiftung Behindertenhilfe Ostalb

Offene Hilfen

Jahnstraße 14

73431 Aalen

## Reise-Angebote

Ich melde mich fest an für:

Reise-Nummer	Reise-Ziel	Doppel-Zimmer	Einzel-Zimmer, wenn es gibt
		<input type="checkbox"/> ja, mit _____ _____	<input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> ja, mit: _____ _____	<input type="checkbox"/> ja

Vielleicht haben Sie einen **Gutschein**.

Dann schreiben Sie die Nummer vom Gutschein hier rein:

**929** \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort und Orts-Teil: \_\_\_\_\_

Geburts-Datum: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Wohn-Gruppe Namen: \_\_\_\_\_

Wohn-Gruppe Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer Name: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

▪ **Mit Ihrer Unterschrift sagen Sie:**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und Infos über mich weiter-gegeben werden, wenn es für die Freizeitangebote notwendig ist.

▪ Vielleicht muss die Freizeit kurz-fristig abgesagt werden. Oder die Freizeit muss auf einen anderen Zeit-Raum verschoben werden.

▪ Die Offenen Hilfen dürfen Fotos von mir machen.  
Die Offenen Hilfen dürfen Fotos von mir verwenden.

ja  nein

Ich habe die Regeln für die Teilnahme verstanden. Die Regeln für die Teilnahme stehen im Heft vorne. Ich akzeptiere sie.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir haben noch Fragen an Sie. Bitte füllen Sie alles aus.

Wohnen Sie in einem Angebot von der Samariterstiftung?

ja  nein

Werden die Betreuungskosten von der Pflegekasse übernommen?

ja  nein

**Ich habe:**

• **Geh-Stützen:** ja  nein

• einen **Rollator:** ja  nein

• einen **Roll-Stuhl:** ja  nein

Ich kann alleine vom Roll-Stuhl umsitzen: ja  nein

Der Roll-Stuhl hat eine Schiebe-Hilfe: ja  nein

Der Roll-Stuhl ist elektrisch: ja  nein

• eine **Wert-Marke:** ja  nein

• einen **Behinderten-Ausweis:** ja  nein

Im Behinderten-Ausweis steht ein Grad der Behinderung von: \_\_\_\_\_%

Der Behinderten-Ausweis gilt bis \_\_\_\_\_

Im Behinderten-Ausweis stehen die Buchstaben:

G  aG  H  BI

Steht vorne in Ihrem Behinderten-Ausweis der

Buchstabe **B:** ja  nein