

OBA der Lebenshilfe Ostallgäu - Familienentlastender Dienst
- Einsatznachweis-

P

A

Name der/des zu
Betreuenden:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Abrechnung der Betreuung: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

Selbstzahler

Abrechnung über Sonderpreis nach Vereinbarung

(Privatrechnung)

Pflegekasse: Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege ist bereits verbraucht:

(maximal 1510,-/Jahr)

Pflegekasse: Zusätzliche Betreuungsleistungen

Anspruch besteht: ja nein 100,00/ Monat 200,00/ Monat

Name und
Anschrift der
Pflegekasse:

Versicherungs-
Nummer:

Die Pflegekasse wurde vor der Betreuung informiert

Ermächtigung zur Abrechnung mit der Pflegekasse liegt vor:

Persönliches Budget

Name und
Anschrift
Kostenträger:

Sonstiger Kostenträger

Name und
Anschrift:

Für die Zeit der Betreuung werden Lebensmittel zur Verfügung gestellt

Kosten der Verpflegung werden direkt mit Betreuer/in geregelt

Es sollen die Essenspauschalen berechnet werden

Ausgefüllter Grundfragebogen liegt vor:

ja

nein

Falls nicht, spätestens zu Beginn der Betreuung ausfüllen !

Bei häuslicher Betreuung:

Wo ist der Erste Helfekasten zu finden?

Die Betreuung findet statt

In der Wohnung des/der Betreuten

In den Räumen der Lebenshilfe

Bei der/dem Betreuer/in zu Hause

Anzahl der Anfahrten:

je An- und Abfahrt einen Strich machen

Anfahrt mit Privat-PKW

Dienst-PKW

Nur von der Lebenshilfe auszufüllen:

Entfernung ab Kaufbeuren

Berechnete km

Betreuungszeit:

Tag	von	bis	Std.

Tag	von	bis	Std.

Tag	von	bis	Std.

Achtung: zusätzlich muss ein Stundennachweis-Formular ausgefüllt werden !

Essenspauschalen:

Verlauf, Probleme, Besonderheiten:

Weitere Angaben zur/zum Betreuten: (bitte ankreuzen)

- vorrangig geistig behindert
- vorrangig körperlich behindert
- vorrangig sinnesbehindert
- vorrangig chronisch erkrankt
- vorrangig mehrfachbehindert

- vorrangig autistisch
- vorrangig seelisch behindert
- von Behinderung bedroht
- Behinderung unbekannt
- _____

Alter

- bis 6 Jahre
- 7-21 Jahre
- 22-45 Jahre
- 46-65 Jahre
- über 65 Jahre

Das „Merkblatt für Eltern“ ist bekannt. Es ist Bestandteil dieses Vertrages.

Die Sorgeberechtigten erklären sich durch ihre Unterschrift ausdrücklich mit den Ausführungen im Merkblatt einverstanden und bestätigen die Richtigkeit der Angaben in diesem Formblatt.

Nach Beendigung der Betreuung zu unterschreiben:

Datum:

Unterschrift Eltern:

Datum:

Name Betreuer/in

Unterschrift Betreuer/in

Anlage zur Einsatzbeschreibung

Name der/des Betreuten:

1

Datum:

Mitbetreute Geschwister:

Telefonnummer, unter der die Eltern während der Betreuung zu erreichen sind:

Sind Medikamente nötig

ja

nein

Falls ja: Art und Dosierung

Besonderheiten die nicht im Grundfragebogen vermerkt sind, oder sich geändert haben:

* z.B.: Anfälle, Hilfsmittel, Unverträglichkeiten, **letzte Tetanusimpfung**, Hausarzt, Ernährung, Gewohnheiten, usw.

Unterschrift der Eltern:

2

Datum:

Mitbetreute Geschwister:

Telefonnummer, unter der die Eltern während der Betreuung zu erreichen sind:

Sind Medikamente nötig

ja

nein

Falls ja: Art und Dosierung

Besonderheiten die nicht im Grundfragebogen vermerkt sind, oder sich geändert haben:

* z.B.: Anfälle, Hilfsmittel, Unverträglichkeiten, **letzte Tetanusimpfung**, Hausarzt, Ernährung, Gewohnheiten, usw.

Unterschrift der Eltern:

Die Medikamente müssen von der Familie in ausreichender Menge bereit gestellt werden.

3

Datum:	Mitbetreute Geschwister:
Telefonnummer, unter der die Eltern während der Betreuung zu erreichen sind:	
Sind Medikamente nötig Falls ja: Art und Dosierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	
Besonderheiten die nicht im Grundfragebogen vermerkt sind, oder sich geändert haben:	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	
<small>* z.B.: Anfälle, Hilfsmittel, Unverträglichkeiten, letzte Tetanusimpfung, Hausarzt, Ernährung, Gewohnheiten, usw.</small>	
Unterschrift der Eltern:	<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px;"></div>

4

Datum:	Mitbetreute Geschwister:
Telefonnummer, unter der die Eltern während der Betreuung zu erreichen sind:	
Sind Medikamente nötig Falls ja: Art und Dosierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	
Besonderheiten die nicht im Grundfragebogen vermerkt sind, oder sich geändert haben:	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	
<small>* z.B.: Anfälle, Hilfsmittel, Unverträglichkeiten, letzte Tetanusimpfung, Hausarzt, Ernährung, Gewohnheiten, usw.</small>	
Unterschrift der Eltern:	<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 20px;"></div>

Die Medikamente müssen von der Familie in ausreichender Menge bereit gestellt werden.