



## Betreuungsnachweis für FED und ADI

Stand: 09/2019

Betreuungsnachweis ist unbedingt immer am Ende des jeweiligen Kalendermonats bei der Verwaltung abzugeben!

Name der Klientin/des Klienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

**Ich bin damit einverstanden, dass die Mitarbeiter\*innen des FUND mit mir/uns über WhatsApp kommunizieren. Mir/uns ist bekannt, dass dies kein sicheres Netz ist und persönliche Daten nicht übermittelt werden dürfen.**

ja  nein

### Finanzierung der Betreuung: (Bitte zutreffendes ankreuzen)

**Bitte die Pflegekasse unbedingt vorab über die Betreuung informieren!**

Haben Sie Anspruch auf Unterstützungsleistung der Pflegeversicherung?  ja  nein

Falls „Ja“, wie soll mit der Pflegekasse abgerechnet werden?

Verhinderungspflege  ja  nein

zusätzliche Betreuungsleistungen  ja  nein

Name und Anschrift der Pflegekasse:

Versicherungsnummer:

Die Pflegekasse ist der Lebenshilfe bereits bekannt  ja  nein

Sonstiger Kostenträger (z.B. KoKi, Jugendamt, Sozialamt)

Name und Anschrift Kostenträger:

Selbstzahler  (Privatrechnung)

Individuelle Vereinbarungen:

**Lebenshilfe Mitglied**  ja  nein  
(Vergünstigter Preis)

**Verpflegung für die Klientin / den Klienten**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 **Zu berechnende Essenspauschalen** Frühstück 3,50€ Mittagessen 5,-€ Abendessen 4,-€**Stückzahl eintragen** \_\_\_\_\_**Daten zur Betreuung / Assistenz** Familientlastender Dienst  Assistenzdienst

Die Betreuung / Assistenz begann

 In einer Wohnung der Klientin/des Klienten  In den Räumen der Lebenshilfe / Förderstätte Bei der Betreuerin/dem Betreuer zu Hause Sonstiges: \_\_\_\_\_Bei häuslicher Betreuung: **Wo ist der Erste Helfekasten zu finden?****Weitere Angaben zur Klientin/zum Klienten (muss unbedingt ausgefüllt werden!)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> weiblich                       | <input type="checkbox"/> männlich                     | <input type="checkbox"/> <b>Alter</b>  |
| <input type="checkbox"/> vorrangig geistig behindert    | <input type="checkbox"/> vorrangig autistisch         | <input type="checkbox"/> bis 6 Jahre   |
| <input type="checkbox"/> vorrangig körperlich behindert | <input type="checkbox"/> vorrangig seelisch behindert | <input type="checkbox"/> 7 - 21 Jahre  |
| <input type="checkbox"/> vorrangig sinnesbehindert      | <input type="checkbox"/> von Behinderung bedroht      | <input type="checkbox"/> 22 - 45 Jahre |
| <input type="checkbox"/> vorrangig chronisch erkrankt   | <input type="checkbox"/> Behinderung unbekannt        | <input type="checkbox"/> 46 - 65 Jahre |
| <input type="checkbox"/> vorrangig mehrfachbehindert    | <input type="checkbox"/> _____                        | <input type="checkbox"/> über 65 Jahre |

**Feld 1** Im Notfall ist die Vertrauensperson vor Ort (Name)

unter folgender Telefonnummer zu erreichen: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie:** Eine vom Arzt ausgefüllte Medikamentenverordnung muss vorliegen, damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf!Werden zurzeit grundsätzlich Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Liegt eine aktuelle Medikamentenverordnung vor?  ja  neinMüssen die Medikamente während der Betreuung verabreicht werden?  ja  neinNimmt die Klientin/der Klient die Medikamente selbstständig ein?  ja  nein**Aktuelle Besonderheiten** die bei der Klientin / dem Klienten beachtet werden müssen

Wenn ja, welche:

Liegt ein aktueller Tetanusschutz vor?  ja  neinDarf die Klientin/der Klient im Notfall gegen Tetanus geimpft werden?  ja  neinDürfen Ausflüge nach Absprache unternommen werden?  ja  nein

Werden **Geschwisterkinder** unter 14 Jahren mitbetreut?  ja  nein

Wenn ja, Name / Geburtsdatum:  
**aktuelle Besonderheiten**, die jeweils beachtet werden müssen: (falls Platz nicht ausreicht, bitte extra Blatt anheften)

Werden vom **Geschwisterkind** zurzeit grundsätzlich Medikamente eingenommen?  ja  nein

Wenn ja, welche:

Liegt eine aktuelle Medikamentenverordnung vor?  ja  nein

Müssen die Medikamente während der Betreuung verabreicht werden?  ja  nein

Nimmt das Geschwisterkind die Medikamente selbstständig ein?  ja  nein

Liegt ein aktueller Tetanusschutz vor?  ja  nein

Darf das Geschwisterkind im Notfall gegen Tetanus geimpft werden?  ja  nein

Das „Merkblatt FUND“ ist Bestandteil dieses Vertrages. Die Erziehungsberechtigten bzw. die Klientin / der Klient erklären sich durch ihre / seine Unterschrift ausdrücklich mit den Ausführungen im Merkblatt einverstanden und bestätigen die Richtigkeit der Angaben in diesem Formblatt. Sie erhalten das Merkblatt bei uns oder unter [www.lebenshilfe-oal.de](http://www.lebenshilfe-oal.de)  
 Bitte wenden Sie sich bei Fragen an 08341/96764-12

Vielen Dank für Ihr Vertrauen

**Unterschrift der Erziehungsberechtigten  
 bzw. der Klientin / des Klienten**

\_\_\_\_\_

**Daten zur Betreuung**

**Anfahrt** mit dem  Privat PKW  Dienst PKW

Gefahrenere KM bitte auf dem Stundenzettel festhalten

**Zeiten:**

Datum	Von bis (incl. Fahrt-Zeiten)	Std.	Name Betreuer/in	Unterschrift Betreuer/in	Unterschrift Auftraggeber/in

**Verlauf, Probleme, Besonderheiten:**

**Folgebetreuung:****Nachweis für FED und ADI - Feld 2**

Name der Klientin/des Klienten:

Datum:

**Im Notfall sind Vertrauenspersonen unter folgender Telefonnummer zu erreichen:****Bitte beachten Sie:** Eine vom Arzt ausgefüllte **Medikamentenverordnung muss vorliegen**, damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf!

Werden zurzeit grundsätzlich Medikamente eingenommen?

 ja  nein

Wenn ja, welche:

Liegt eine aktuelle Medikamentenverordnung vor?

 ja  nein

Müssen die Medikamente während der Betreuung verabreicht werden?

 ja  nein

Nimmt die Klientin/der Klient die Medikamente selbstständig ein?

 ja  neinAktuelle Besonderheiten die **bei der Klientin / dem Klienten** beachtet werden müssen

Wenn ja, welche:

Sonstiges:

**Unterschrift der Erziehungsberechtigten  
bzw. der Klientin / des Klienten** \_\_\_\_\_**Folgebetreuung:**Falls sich bei einer Folgebetreuung zu den Angaben oben nichts geändert hat:

Datum der Folgebetreuung: \_\_\_\_\_

Die Angaben aus Feld Nr. \_\_\_\_\_ gelten auch für diese Betreuung.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Klientin/Klient \_\_\_\_\_

Datum der Folgebetreuung: \_\_\_\_\_

Die Angaben aus Feld Nr. \_\_\_\_\_ gelten auch für diese Betreuung.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Klientin/Klient \_\_\_\_\_

Datum der Folgebetreuung: \_\_\_\_\_

Die Angaben aus Feld Nr. \_\_\_\_\_ gelten auch für diese Betreuung.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Klientin/Klient \_\_\_\_\_

Datum der Folgebetreuung: \_\_\_\_\_

Die Angaben aus Feld Nr. \_\_\_\_\_ gelten auch für diese Betreuung.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Klientin/Klient \_\_\_\_\_

Datum der Folgebetreuung: \_\_\_\_\_

Die Angaben aus Feld Nr. \_\_\_\_\_ gelten auch für diese Betreuung.

Unterschrift der Erziehungsberechtigten bzw. Klientin/Klient \_\_\_\_\_