



Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____

Ort _____

Ich möchte die folgende Leistung beim Familienunterstützenden Dienst der Lebenshilfe Brakel in Anspruch nehmen:

Ferienbetreuung _____

Sonstige _____

von		bis	
Datum	Uhrzeit	Datum	Uhrzeit

Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) liegt vor – siehe Beiblatt

Medikamentenvergabe erforderlich – siehe Beiblatt

Besonderheiten – siehe Beiblatt

Die Leistung soll wie folgt abgerechnet werden

Entlastungsbetrag

Ersatzpflege

Kurzzeitpflege

Selbstzahler

Name der Pflegekasse _____

Versicherungsnummer _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Kontaktdaten des Erziehungsberechtigten/ der Bezugsperson (im Notfall zu verständigen)

Name _____ PLZ, Ort _____

Straße _____ Tel./Handy _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Anmeldung zur der o.g. Betreuung und erkennen die allgemeinen Hinweise für den Bereich Kurzzeitbetreuung an. Die Hinweise finden Sie auf unserer Website www.lebenshilfe-brakel.de in der Kategorie „Kurzzeitbetreuung“.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____
(Eltern o. gesetzl. Betreuer)



Name _____ Geburtsdatum _____

Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) liegt vor:

Medikamentenvergabe erforderlich:

Besonderheiten:

Ort, Datum _____

Unterschrift _____
(Eltern o. gesetzl. Betreuer)