

Anmeldung FeD (Familien entlastender Dienst) / Urlaubsbetreuung

Daten der zu betreuenden Person

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | |
| Geburtsdatum | |

Zeitraum

| | |
|-----------------|--|
| von/bis (Datum) | |
|-----------------|--|

Ansprechpartner vor Ort

| | |
|-------------------|--|
| Name | |
| Mobile Telefonnr. | |
| Emailadresse | |

Abrechnungsart

Verhinderungspflege Entlastungsbetrag

Kostenträger

Zuständige Kranken-/ Pflegekasse über die abgerechnet werden soll:

| | |
|---|--|
| Name / Bezeichnung der Kranken-/Pflegekasse | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | |
| Versichertennummer | |

Anmeldung FeD (Familien entlastender Dienst) / Urlaubsbetreuung

Bei Selbstzahler (Rechnungsempfänger)

| | |
|---------------|--|
| Name, Vorname | |
| Straße | |
| PLZ, Ort | |

Medikamente

| |
|--|
| Braucht die zu betreuende Person Medikamente? Wogegen / Wofür nimmt sie Medikamente? |
| Hat er/sie Notfallmedikamente? |

Wenn ja, geben Sie bitte einen Medikationsplan und Notfallmedikamente mit.

| |
|--|
| Was sollten wir noch wissen (z.B. allergische Reaktionen)? |
|--|

Datenschutzrechtliche Einwilligung
Ich willige ein, dass die personenbezogenen Daten per EDV zum Zweck der Urlaubsbetreuung erhoben und verarbeitet werden dürfen. Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Lediglich dem Kostenträger müssen die Daten zur Rechnungsstellung übermittelt werden. Sie haben das Recht jederzeit Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten und unter Berücksichtigung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen löschen zu lassen.

Datum

Unterschrift der Eltern / des gesetzlichen Vertreters