

Anmeldeformular für Angebote der Offenen Hilfen Ludwigsburg 2026

Vor-/Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegegrad: _____

Telefon/Handy: _____

Email-Adresse*: _____

Rechnungsadresse: _____

Name/Anschrift unbedingt angeben

Ich lebe in einer besonderen Wohnform der Behindertenhilfe: ja nein

HINWEIS: Für Teilnehmende aus besonderen Wohnformen oder aus anderen Landkreisen erhöht sich der Beitrag um 30,- Euro pro Tagesangebot.

*Wir schicken Ihnen gerne auf Wunsch per Email unsere Extra-Ausschreibungen, interessante Informationen rund um das Thema Menschen mit Behinderung und Veranstaltungshinweise. Wir versichern Ihnen, Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zu diesen Zwecken zu nutzen und diese nicht an Dritte weiterzugeben. Wenn Sie diese Emails bekommen möchten, dann kreuzen Sie bitte das folgende Kästchen an:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mir Extra-Ausschreibungen, Informationen und Veranstaltungshinweise per Email schicken. Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post, Telefon oder Email widerrufen.

Hiermit melde ich mich verbindlich für die umseitig angegebenen Freizeitangebote an und erkläre mich mit den im gültigen Programmheft der Offenen Hilfen Ludwigsburg abgedruckten Teilnahmebedingungen einverstanden.

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Bitte schicken Sie uns zusammen mit Ihrer Anmeldung das ausgefüllte Formular „Medizinische und pflegerische Informationen“.

Sollten im Betreuungszeitraum Medikamente gegeben werden müssen, sind diese auf dem **Medikamentenformular** gesondert anzugeben. Beide Formulare können bei den Offenen Hilfen angefordert werden.

Bitte bei jedem Angebot ankreuzen, ob die Leistungen als Verhinderungspflege, Entlastungsbetrag oder ohne Angabe in Rechnung gestellt werden sollen.

(Unterjährige Veränderungen müssen den Offenen Hilfen schriftlich gemeldet werden.)

Der Kunde bestätigt, dass er die Leistungen der Pflegeversicherung nutzt.



Vor-/Nachname _____

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			

_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
_____ Angebots-Nr.	_____ Termin	_____ Name des Angebots	_____ Seite
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege § 39 SGB XI <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag § 45 b SGB XI <input type="checkbox"/> ohne Angabe			



Medizinische und pflegerische Informationen

Bitte dieses Formular mit der Anmeldung an die Offenen Hilfen Ludwigsburg schicken

Name _____ geb. am _____

Welchen Unterstützungsbedarf hat der/die Teilnehmer*in?		
Pflegerische Maßnahme z.B. Salben, Cremes	Häufigkeit	Bemerkung
Bitte bei Menschen mit Epilepsie ausfüllen: Anfallsbeschreibung: Art der Anfälle, Details zur Dauer usw.		
Sonstige Einschränkungen: Zum Beispiel Nahrungsmittelunverträglichkeit, Diabetes, Weglauftendenz, Orientierungsstörung, mangelnde Verkehrssicherheit, Autismus-Spektrum-Störung		

Mitteilung an die Offenen Hilfen Ludwigsburg

Ich bitte, die verordneten Medikamente entsprechend der ärztlichen Verordnung zu verabreichen. Veränderung der Medikation teile ich den Offenen Hilfen Ludwigsburg unverzüglich schriftlich mit. Außerdem stimme ich hiermit zu, dass die Medikamentengabe auch von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung übernommen werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)



Ärztliche Medikamentenverordnung

Bitte von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin unterschreiben lassen und mit der Anmeldung an die Offenen Hilfen Ludwigsburg schicken

Name _____, geb. am _____

Regelmedikation – verschreibungspflichtig					
Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Art der Verabreichung

Bedarfsmedikation – verschreibungspflichtig					
Medikament	Indikation (Situations- beschreibung)	Menge Einzel- dosis	Maximal- dosis in 24 h	Abstand zwischen den Einzelgaben	Art der Verabreichung

Notfallmedikation – verschreibungspflichtig					
Medikament	Indikation (Situations- beschreibung)	Menge Einzel- dosis	Maximal- dosis in 24 h	Abstand zwischen den Einzelgaben	Art der Verabreichung

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Praxisstempel

