

**ANMELDUNG für** Titel: \_\_\_\_\_

Kursnr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Wie können wir Sie **während der Maßnahme** erreichen?

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Für Abrechnung mit Kranken-/Pflegekasse **bitte Leistungsnachweis ausfüllen** 

Verhinderungspflege (Preis I)  § 45 b zus. Betreuungsleistungen (Preis I)

kein Pflegegrad /keine Abrechnungsmöglichkeit mit der Pflegekasse (Preis II)

**Ich steige ein**  \_\_\_\_\_

**Ich steige aus**  \_\_\_\_\_

**\*siehe Ausschreibung\***

Spezielle Hinweise für die Betreuer (Diät / Besondere Pflege / Allergien) -  
Bitte auf der Rückseite vermerken 

**Aktuelles Medikamentenblatt liegt den Offenen Hilfen bereits vor!**

**Es werden keine Medikamente benötigt!**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson

## LEISTUNGSNACHWEIS

*bitte unbedingt bei Abrechnung über Kranken-/Pflegekasse ausfüllen*

**Name/Adresse:** \_\_\_\_\_

**geb. am** \_\_\_\_\_

**Betreuung im Zeitraum:** \_\_\_\_\_

durch das Personal der Offenen Hilfen (FED / OBA) der Lebenshilfe e.V., Augsburg.

**Name/Adresse der Kranken-/Pflegekasse:**

**Versicherungsnummer:**

Hiermit bevollmächtige ich die Lebenshilfe e.V. Augsburg, die erbrachten Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen **direkt mit der Kranken-/Pflegekasse abzurechnen.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson