- ISBZ – SFBUP N 1 - Antrag/Anmeldung -

Vor- und Zuname: …… Geburtsdatum: ……

Adresse : ……E-Mail……

Telefon : ……. Ansprechpartner :……

Bewegungsfähigkeit - Gehfähigkeit / körperliche Belastung
□ 15 Minuten □ 30 Minuten □ 45 Minuten □ 60 Minuten

Hilfsmittel - □ Rollstuhl □ Gehhilfe □ Hörgerät □ Sehhilfen Sonstiges……..
Aufsichtsbedarf/Unterstützungsbedarf
ständige Begleitung □ nein/ja……
Weglaufgefahr □ nein/ja……
Unterstützungsbedarf o nein/ja……..
Baden/Schwimmen o nein/ja Schwimmer/Nichtschwimmer

Medikamentenbedarf - □ nein □ ja –bitte ärztliche Bescheinigung beifügen!

Gesundheit
□ Herz-/ Kreislauf □ nein □ ja □ Allergien □ nein □ ja
□ Diabetes □ nein □ ja □ orthopädische Probleme □ nein □ ja

Abteilung: ISBZ - Integrations Sport und BetreuungsZentrum

… Sport AGs … Mittwoch … Donnerstag … Freitag … Samstag

(Weiterer Wunsch-) Wochentag …… Uhrzeit von……..……bis. ……
… Fahrdienst … Gruppenbetreuung … Einzelbetreuung
*** Kosten/Regelungen lt. Gebührenordnung aktuelle Fassung der Geschäftsordnung ISBZ siehe Anhang (HP)**

Abteilung: ISBZ – Freizeitaktivitäten / Sportfreizeit / Sportevent / Begleitung

Datum:……Uhrzeit: von……bis……..…..Anlass:……
*** Kosten lt. Gebührenordnung oder aktuell gültiger Ausschreibung**

ABRECHNUNG lt. Gebührenordnung und Einzelvereinbarung:
Verhinderungsleistungen … zus. Betreuungsleistungen/Entlastungsleistung …
Privatzahler …
Bitte eintragen: Krankenkasse/Pflegekasse……Mitglieds-Nr.:……

Datum: ……Unterschrift Teilnehmer…….

***Antrag/Anmeldung wird nur nach Bestätigung an den Teilnehmer, vorbehaltlich der Klärung und Prüfung von Kostenübernahme, Leistungsbeschreibung und Budgeterstellung, mit der Gegenzeichnung des ISBZ des Formulars ISBZ SFBUP N 1 rechtsgültig!**

Ansprechpartner: Robin Rittmann Leitung
Sport und BetreuungsZentrum

Unterschrift/Stempel Leistungserbringer ISBZ