



Einverständniserklärung zu Foto- und/ oder Filmaufnahmen

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Veranstaltung _____

Ich willige ein, dass Bilder oder Videoaufnahmen von meiner Person von der

Arbeitsgemeinschaft Inklusion gemeinsam leben – gemeinsam lernen Heidenheim e. V.
Bergstraße 52
89518 Heidenheim

für folgende betriebliche Zwecke bis zum Widerruf der Einwilligung unentgeltlich verwendet werden dürfen:

- Im Organigramm
- in (Print-) Publikationen
- In Informationsbroschüren und Flyer
- auf der Homepage

Die Bilder oder Videos zur Erstellung von Organigramm, Informationsbroschüren, Flyer oder Homepage an Dritte weitergegeben werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen, jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Meine Widerrufserklärung richte ich an die o.g. Adresse.

Im Falle des Widerrufs werden mir dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

(ggf. Betreuer/ Vormund)

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten



Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Ich willige ein, dass die:

Arbeitsgemeinschaft Inklusion gemeinsam leben – gemeinsam lernen Heidenheim e. V.
Bergstraße 52
89518 Heidenheim

meine personenbezogenen Daten im Rahmen des Familienentlastenden Dienstes verwendet werden darf:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort
- Kontaktdaten (wie z.B. Anschrift, Telefon-Nr., E-Mail-Adresse)
- Angehörigen- und Betreuerdaten
- Gesundheitsdaten (z.B. Erkrankung, Behinderung, Hilfebedürftigkeit)
- Versicherungsnummer Krankenkasse
- Bankdaten

Die Personenbezogenen Daten werden im Rahmen gesetzlicher Auskunftspflicht und Vertragspflichten an Leistungsträger (Pflegekasse) weitergegeben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung.

Außerdem haben Sie das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten behinderter Menschen nach Art. 13 DSGVO ist angefügt.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

(ggf. Betreuer/ Vormund)

Familientlastenden Dienst

TEILNEHMERFRAGEBOGEN



Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und leserlich aus und geben Sie ihn an uns zurück.

Teilnehmer*in

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handynummer: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

KV-Nummer: _____

Hausarzt: _____

Sorgeberechtigte/ Betreuer/ Bevollmächtigter:

Eltern Mutter Vater Sonstige _____

Kontakt Sorgeberechtigte/ Betreuer/ Bevollmächtigter:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Im Notfall zu verständigen: _____

Familientlastenden Dienst

TEILNEHMERFRAGEBOGEN



Welche Behinderung/ Beeinträchtigung/ Erkrankung liegt vor?

Individuelle Besonderheiten

Ja

nein

- Epilepsie: Anfallsart / Häufigkeit?
- Diabetes
- Allergien: Welche?
- Herz-/ Kreislauferkrankungen:
- Beeinträchtigung des Sehr- und/ oder Hörvermögens:
- Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation:
Wie teilt er/ sie sich der Umwelt mit:
- erhöhte Sturzgefahr
- Aggressionen (gegen andere, gegen sich selbst)
- Hyperaktivität:
- Zwangshandlungen:
- auffällige/ besondere Verhaltensweisen

Wie geht man damit um?

Was ist zu beachten, was ist im Bedarfsfall zu unternehmen?

Sonstiges, und zwar:

-2-

Arbeitsgemeinschaft Inklusion Heidenheim e.V.
Bergstraße 52
89518 Heidenheim

☎ 07321/ 924 85 20
✉ kontakt@gemeinsamleben-hdh.de
🌐 gemeinsamleben-hdh.de

Bankverbindung:
Kreissparkasse Heidenheim
IBAN: DE37 6325 0030 0046 0603 27
BIC: SOLA DE S1 HDH

Familientlastenden Dienst

TEILNEHMERFRAGEBOGEN



Hilfsmittel:

Bereich Ernährung

Hat er/sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit?

nein ja, welche

Hat er/sie Probleme, sich mit fremden Personen zurechtzufinden?

nein ja, welche

Fällt es ihm/ ihr schwer, sich in fremder Umgebung zurechtzufinden?

nein ja, welche

Kann er/sie die Toilette benutzen und sich nach dem Toilettengang ausreichend säubern

nein ja mit Hilfe

Trägt er/sie Windeln?

nein ja

Nässt oder kotet er/sie ein?

nein ja

Nimmt er/sie Medikamente

nein ja, welche

-3-

Arbeitsgemeinschaft Inklusion Heidenheim e.V.
Bergstraße 52
89518 Heidenheim

☎ 07321/ 924 85 20
✉ kontakt@gemeinsamleben-hdh.de
🌐 gemeinsamleben-hdh.de

Bankverbindung:

Kreissparkasse Heidenheim
IBAN: DE37 6325 0030 0046 0603 27
BIC: SOLA DE S1 HDH

Familientlastenden Dienst

TEILNEHMERFRAGEBOGEN



Weitere Anmerkungen und wichtige Informationen

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten:

Mir ist bekannt, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Nutzung der Angebote des Familientlastenden Dienstes der Arbeitsgemeinschaft Inklusion notwendig ist.

Datum _____

Unterschrift _____

-4-

Arbeitsgemeinschaft Inklusion Heidenheim e.V.
Bergstraße 52
89518 Heidenheim

☎ 07321/ 924 85 20
✉ kontakt@gemeinsamleben-hdh.de
🌐 gemeinsamleben-hdh.de

Bankverbindung:
Kreissparkasse Heidenheim
IBAN: DE37 6325 0030 0046 0603 27
BIC: SOLA DE S1 HDH