



# Heidenheimer Glücksmomente

## Anfrage eines Wunsches

**Wünschender:****Einreichender:**

(wenn nicht Wünschender)

Vorname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

Verhältnis zum Wünschenden  
\_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner im Notfall:**

(Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter/Arzt)

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit zum Ausfüllen der nachfolgenden Seiten. Sie helfen uns mit genauen Angaben, Ihren Wunsch optimal zu Planen und Durchzuführen. Involvieren Sie alle beteiligten Personen in Ihre Vorplanung mit ein, und besprechen auch im Vorfeld über Ihren Wunsch mit Ihrem Arzt des Vertrauens und lassen sich Ihre Reisefähigkeit bestätigen.

# Heidenheimer Glücksmomente



## Gewünschter Glücksmoment/Beschreibung Ihres Wunsches

---

---

---

**Weshalb haben Sie diesen Wunsch?**

---

---

**Wunschort mit Adresse**

---

**Treffpunkt/Abholadresse**

---

**Gewünschter Zeitraum/Tag/Uhrzeit**

---

**Begleitpersonen**

---

(eine Person kann im Glücksmomente-Fahrzeug mitfahren)

# Heidenheimer Glücksmomente



## Wohn- und persönliche Situation

Wohnform       häusliches Umfeld     Pflegeheim     Hospiz     Klinik

Stockwerk/Station

---

Aufzug vorhanden       ja     nein

Gewicht des Wünschenden

---

Mobilität       kann gehen     Rollstuhl     kann nur liegen

Welche Hilfsmittel (Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl) müssen auf die Fahrt mitgenommen werden?

---

Weitere wichtige Erläuterungen zur Mobilität, Pflege, Medikamentengabe

---

---

## Medizinische Situation

Angaben zu Ihren Erkrankungen (Diagnosen, chronische Erkrankungen, Allergien, Unverträglichkeiten)

---

---

Medizinische Hilfsmittel (Stoma, Sondennahrung, Sauerstoff, Katheter)

---

# Heidenheimer Glücksmomente



## Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich willige ein, dass der DRK-Kreisverband Heidenheim e. V. meine personenbezogenen Daten (Name, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Gesundheitsdaten, Informationen zu meinem Wunsch sowie weitere zur Organisation erforderliche Angaben) speichert, um meinen Wunsch im Rahmen des Projekts „Heidenheimer Glücksmomente“ zu erfüllen.

Ich bin darüber informiert, dass:

- die Verarbeitung auf Grundlage meiner Einwilligung erfolgt (Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO),
- meine Daten nur an die für die Durchführung erforderlichen Stellen weitergegeben werden,
- meine Daten nach Durchführung und Ablauf gesetzlicher Fristen gelöscht werden,
- ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen,
- mir die in der Datenschutzerklärung erläuterten Rechte nach der DSGVO zustehen.

## Übertragung der Bildrechte

- Ich gestatte dem DRK-Kreisverband Heidenheim e.V. die Nutzung eventuell erstellter Bilder für alle Medien zu verwenden (Print, Presseerzeugnisse sowie Internet und Film).
- nein

Sobald uns Ihre Wunschanfrage erreicht hat, nehmen wir mit Ihnen oder der von Ihnen hinterlegten Person Kontakt auf und vereinbaren ein Kennenlertreffen. Wir freuen uns auf Sie.

---

Ort/Datum/Unterschrift Wünschender und/oder Einreichender

# Heidenheimer Glücksmomente



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Mir

\_\_\_\_\_ (Name, Geburtsdatum)

ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit entbinde ich, den mich behandelnden Arzt/behandelnde Ärztin

\_\_\_\_\_ (Arzt)  
\_\_\_\_\_ (Straße/Nr.)  
\_\_\_\_\_ (PLZ/Ort)  
\_\_\_\_\_ (Telefonnummer)

von seiner/ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte diese/diesen, die betreffende Einrichtung und der nachfolgend genannten Person, Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben.

DRK-Kreisverband Heidenheim e.V.  
Heidenheimer Glücksmomente  
Schloßhaustr. 98  
89522 Heidenheim

Ansprechperson im DRK-KV Heidenheim

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Wünschender