

Heidenheimer Glücksmomente



Anfrage eines Wunsches

Wünschender:

Vorname _____

Nachname _____

Straße/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon: _____

E-Mail _____

Einreichender:

(wenn nicht Wünschender)

Vorname _____

Nachname _____

Verhältnis zum Wünschenden

Telefon _____

E-Mail _____

Ansprechpartner im Notfall:

(Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigter/Arzt)

Vorname _____

Nachname _____

Straße/Nr. _____

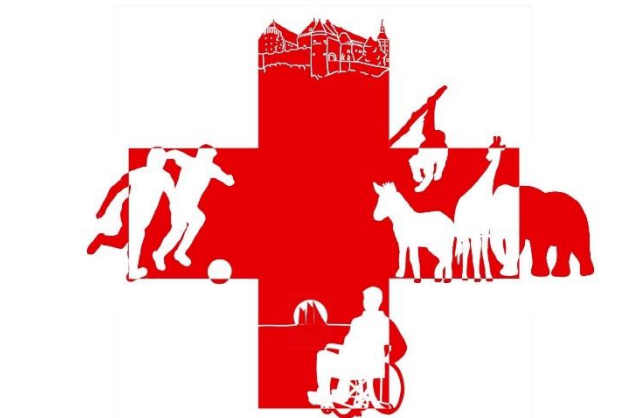
PLZ/Ort _____

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. Involvierern 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

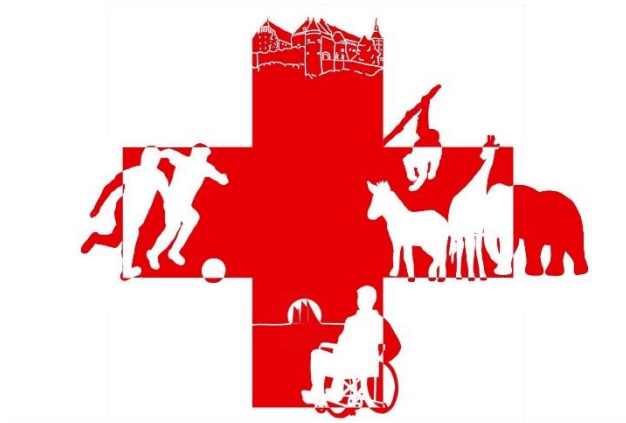
Treffpunkt/Abholadresse

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 Kennenlernetreffen. 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
Schloßhastr. 98
89522 Heidenheim

Ansprechperson im DRK-KV Heidenheim

Name

Ort/Datum

Wünschender