

Der Behindertenfahrdienst im Landkreis Ludwigsburg

- Fragebogen zur Inanspruchnahme des Fahrdienstes für Behinderte -

Zurück an:

Johanniter Unfallhilfe e.V.
Regionalverband Stuttgart
Stammheimer Str. 6
70435 Stuttgart

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus und senden Sie ihn baldmöglichst an uns zurück. Wenn Sie selbst nicht oder nur mit Anstrengung in der Lage sind, den Fragebogen auszufüllen, so lassen Sie sich bitte von einer Person Ihres Vertrauens dabei helfen.

1. Persönliche Verhältnisse:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ Geburtstag: _____

e-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber (AG): _____

Anschrift AG: _____ Tel. AG: _____

2. Wohnen Sie in einem Heim ?

- Ja (die Voraussetzungen zur Teilnahme am Fahrdienst liegen leider nicht vor)
- Nein

3. Haben Sie einen gültigen Schwerbehindertenausweis des Versorgungsamtes?

- Ja (bitte **Kopie der Vorder- und Rückseite des Ausweises beilegen**)
- Nein (die Voraussetzungen zur Teilnahme am Fahrdienst liegen leider nicht vor)

4. Welche Merkzeichen sind im Ausweis eingetragen? (Mehrere Angaben möglich)

- aG (außergewöhnlich Gehbehinderter)
- H (hilflos)
- BL (blind)

5. Bitte machen Sie kurze, möglichst genaue Angaben über Ihre Behinderung:

6. Benutzen Sie aufgrund Ihrer Behinderung einen Rollstuhl?

- Ja
- Normalrollstuhl
 - Elektrorollstuhl
 - Liegerollstuhl
- Nein (weiter mit Frage 8)

7. Können Sie aus diesem Rollstuhl in einen normalen Sitz umgesetzt werden?

- Ja
- Nein

8. Leben noch weitere Personen in Ihrem Haushalt?

Ja, folgende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis

Nein

9. Verfügen Sie oder eine der in Ziffer 4 genannten Personen über ein Kraftfahrzeug?

Ja

Nein (weiter mit Nummer 11)

10. Aus welchen Gründen ist der Fahrdienst trotz eines im Haushalt vorhandenen Fahrzeugs notwendig (kurze Stellungnahme, gegebenenfalls ein extra Blatt verwenden)

11. Bitte nennen Sie uns Angehörige oder Vertrauenspersonen, an die wir uns im Notfall wenden könnten:

a. Name, Vorname: _____

Tel.: _____

Adresse: _____

b. Name, Vorname: _____

Tel.: _____

Adresse: _____

12. Angaben zur Wohnsituation

In welchem Stockwerk wohnen Sie?

- Tiefparterre /Untergeschoss Erdgeschoss
1. Stockwerk höher als 1. Stock, im ___ Stock

13. Ist ein Aufzug vorhanden?

- Ja
- Ich kann den Aufzug wegen meiner Behinderung nicht benutzen
- Trotz des Aufzugs müssen Treppen überwunden werden
- Nein

14. Sind Sie auf die Hilfe anderer Personen angewiesen, wenn Sie das Haus verlassen?

- Ja, es ist Hilfe nötig, und zwar
- beim Verlassen des Hauses (z.B. beim Treppensteigen)
- als Begleitung unterwegs
- Nein, keine Hilfe nötig (weiter mit Nummer 16)

15. Wenn Sie Hilfe benötigen, wer hilft Ihnen dann?

(Bitte genau angeben, z.B. „Ehepartner“, „Bruder“, „Pfleger“)

Hilfe durch: _____

Wie viele Personen benötigen Sie im Höchstfall gleichzeitig zur Hilfeleistung?

- 1 Person
- 2 Personen

16. Bitte teilen Sie uns abschließend noch mit, wie Sie vom kostenlosen Behindertenfahrdienst erfahren haben?

- Freunde/Bekannte
- Internet
- Presse
- Sonstiges: _____

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Angaben in einer Datenbank mittels EDV erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Meine personenbezogenen Daten dürfen vom Landratsamt Ludwigsburg und von den Kooperationspartnern des Behindertenfahrdienstes im Landkreis Ludwigsburg in dem zur Durchführung des Fahrdienstes erforderlichen Umfang genutzt werden. Eine darüber hinaus gehende Nutzung oder Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Ohne Ihre Unterschrift dürfen wir Sie nicht in unsere Datenbank aufnehmen. Das Einverständnis hierfür können Sie jederzeit schriftlich widerrufen. Ebenso können Sie jederzeit Auskunft über ihre bei uns gespeicherten Daten erhalten.

Ort/Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen des Erziehungsberechtigten)

Anlage: Kopie des Schwerbehindertenausweises