

Bestätigung Priorisierung CoV-Schutzimpfung Phase I

Ich leiste

Persönliche Assistenz für einen Menschen mit Behinderung

und gehöre damit zu Personal, welches Menschen direkt unterstützt.

Meine Arbeit umfasst pflegerische Tätigkeiten, sowie Hilfestellung bei der Körperpflege und der allgemeinen Grundversorgung (Nahrungsaufnahme, Ankleiden/Ausziehen, Toilettengänge, usw.).

Meine persönlichen Daten	
Name:	
Wohnadresse:	
Geb.:	

Ich betreue Frau/Herrn:

Daten des Menschen mit Behinderung			
Name:			
Wohnadresse:			
Geb.:			
Nachweisdokument:	<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Behindertenausweis
Ausweisnummer:			
Austellende Behörde:			

Zur Bestätigung dieser Information können Sie den von mir betreuten Menschen mit Behinderung unter folgender Telefonnummer erreichen:

Tel.Nr.:	
----------	--

Ort,Datum:	
Unterschrift Mensch mit Behinderung:	

Ort,Datum:	
Unterschrift Assistentin/Assistent:	

