

Anmeldung Ferienwochen Sommer/Herbst 2024

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung für ein Ferienangebot von insieme Luzern.

Für die definitive Bestätigung des gewünschten Ferienangebotes werden wir uns auf die Angaben in der Anmeldung abstützen. **Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt insieme Luzern keine Verantwortung oder Haftung. Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind rechtzeitig vor Ferienantritt zu melden.** Wir setzen für alle Ferienangebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus. Bei falschen oder ungenügenden Angaben müssen wir einen Ferienabbruch oder Ferienausschluss in Betracht ziehen, Mehrkosten werden von der verursachenden Person getragen.

Herzlichen Dank für ein sorgfältiges und komplettes Ausfüllen der Anmeldung!

insieme Luzern wünscht allen schöne Ferien!

Gerne melde ich mich für folgende Ferienwoche an:

Ferienwoche/Nr _____ **Datum** _____

Pro Person und Jahr kann EIN Ferienplatz gebucht werden. Sollte die Teilnahme bei einer weiteren Ferienwoche möglich sein, nehmen wir gerne mit Ihnen Kontakt auf. Notieren Sie dafür eine zweite und dritte Ferienwoche.

Ferienwoche/Nr _____ **Datum** _____

Ferienwoche/Nr _____ **Datum** _____

Aktuelles Foto Ferienteilnehmer/in	<i>Bitte senden Sie uns ein aktuelles Foto in digitaler Form zu oder legen Sie der Anmeldung einen Ausdruck bei. Herzlichen Dank!</i>	
Ferienteilnehmer/in STÄNDIGER WOHNSTZ	Name	Vorname
	Strasse	
	PLZ/Ort	
	Tel.	Mobile
	Geb. Datum	E-Mail
Betreuungsperson	Name der Institution	
	Name	Vorname
	Tel.	E-Mail
NOTFALLNUMMER WICHTIGER BEZUGSPERSON, JEDERZEIT ERREICHBAR	Name	Vorname
	Tel.	Mobile

Rechnungsadresse	Name	Vorname
	Institution	
	Strasse	PLZ/Ort
Hausarzt	Name	Vorname
	Strasse	
	PLZ/Ort	Mobile
	Tel.	E-Mail

Im Notfall werden wir Ihren Hausarzt kontaktieren. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie ihn im entsprechenden Umfang vom Arztgeheimnis.

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
Name	_____		
Versicherungen	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht	
Name	_____		
Sozialvers.-/IV-Nummer	756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _		
Genauere Bezeichnung der Beeinträchtigung	_____		
	<i>Bitte genaue Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können)</i>		
Grad der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Gesundheit	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Typ «Grand mal»	<input type="checkbox"/> Typ «Petit mal»	
	Datum letzter Anfall	_____	
	Übliche Frequenz der Anfälle	_____	
	Symptome vor Anfall	_____	
	Symptome bei einem Anfall	_____	
	Angepasstes Verhalten	_____	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulinspritze nötig	<input type="checkbox"/> Insulinspritze nicht nötig	
	Spezielle Hinweise	_____	
<input type="checkbox"/> Herz- /Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben	
	Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben!!!		

<input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung Rechtes Ohr Linkes Ohr Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> Hörgerät/e	<input type="checkbox"/> Gebärden	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Sprachbeeinträchtigung Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> Tablet	<input type="checkbox"/> Talker	<input type="checkbox"/> Gebärdensprache
	<input type="checkbox"/> Piktogramme	<input type="checkbox"/> andere: _____	
<input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung Rechtes Auge Linkes Auge Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> andere: _____
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden/ Asthma	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	Welche/wann treten sie auf?		
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	An welcher Form von Inkontinenz leiden Sie (bitte genau beschreiben)?		

<input type="checkbox"/> Allgemeine Allergien	An welchen Allergien (ohne Essen/Medikamente) leiden Sie?		

Weiteres	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
	<input type="checkbox"/> Ich neige zu Verstopfung	<input type="checkbox"/> Ich neige zu Durchfall	
	Auslöser? Was hilft?		

<input type="checkbox"/> Ich leide an Schlafstörungen	Auslöser? Was hilft?		

	<input type="checkbox"/> Ich bin gegen Starrkrampf geimpft, Impfdatum:		

Andere Einschränkungen	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal depressiv		
	Zeigt sich durch:		
	Was hilft?		

	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal aggressiv		
	Bei welchen Situationen?		
	Was hilft?		

	<input type="checkbox"/> Ich fürchte mich besonders vor:		

<input type="checkbox"/> Ich habe besondere Abneigung gegen:			

<input type="checkbox"/> Ich laufe manchmal weg			
Bei welchen Situationen?			


Was hilft?			

	<input type="checkbox"/> Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde.			
	Welche?			
	Was hilft?			
Suchtprobleme Art/Beschreibung	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
	Bitte benennen Sie die Sucht. Wie ist damit umzugehen (Verbot, kontrollierte Abgabe etc.)			
Behandlung	<input type="checkbox"/> Ich bin/war in psychologischer Behandlung <input type="checkbox"/> Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung			
Fachperson	Name		Tel.	
<i>Die Lagerleitung wird gebeten, mit der Fachperson Kontakt aufzunehmen.</i>				
Sexualität / Neigungen	Sind Auffälligkeiten vorhanden?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, wie zeigt sich das?			
	Ist Schwangerschaftsverhütung geregelt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allgemeine Hilfsmittel	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen			
	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Schuheinlagen	<input type="checkbox"/> Zahnprothesen
	Andere? _____			
Medikation	<input type="checkbox"/> Nimmt keine Medikamente ein <input type="checkbox"/> Nimmt Medikamente ein			
Bitte genau auflisten oder Medikamentenplan beilegen!	Name	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	Abends (Menge)

Reservemedikation bei Schmerzen, Unruhe und psychischen Belastungen	_____			

Sie tragen die Verantwortung dafür, dass die Medikamenten- abgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann. Medikamente müssen in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein. Vergessen Sie nicht die Beipackzettel mit- zunehmen. Zudem muss die mitgenommene Menge für die ganze Feriendauer reichen!	<input type="checkbox"/> Benötigt KEINE Reservemedikation, wenn ja bitte UNBEDINGT OBEN AUFLISTEN <input type="checkbox"/> Ich nehme die Medikamente selbstständig ein <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass mich jemand unterstützt <input type="checkbox"/> Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden			
	Rezeptfreie Medikamente dürfen ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	So geht die Einnahme für mich am einfachsten:			

Medikamenten- Unverträglichkeit Wechselwirkungen?	Name Medikament/Wirkstoff																																																																													
	<hr/> <hr/>																																																																													
Unterstützung und Betreuung	Einstufung der Unterstützungsleistungen																																																																													
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> max. 2h pro Tag <input type="checkbox"/> max. 4h pro Tag <input type="checkbox"/> Tagesunterstützung Ich benötige Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilweise in folgenden Situationen: <hr/> <hr/>																																																																													
Allgemeine Fragen	Ich brauche Pflege in der Nacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche _____																																																																													
	<p>Grundsätzlich können wir während der Nacht KEINE Assistenz oder Kontrollgänge anbieten! Wir werden Sie kontaktieren um die Bedürfnisse genau abzuklären, falls oben mit ja angekreuzt wurde.</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="448 1099 938 1137">Ich bevorzuge als Betreuungsperson</td> <td data-bbox="943 1099 1050 1137"><input type="checkbox"/> Frau</td> <td data-bbox="1054 1099 1161 1137"><input type="checkbox"/> Mann</td> <td data-bbox="1166 1099 1493 1137"><input type="checkbox"/> egal</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1144 938 1182">Ich brauche einen Mittagsschlaf</td> <td data-bbox="943 1144 1050 1182"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1144 1161 1182"><input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1189 938 1227">Ich kann mich selbständig ankleiden</td> <td data-bbox="943 1189 1050 1227"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1189 1161 1227"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1189 1493 1227"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1234 938 1272">Ich kann mich allein ausziehen</td> <td data-bbox="943 1234 1050 1272"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1234 1161 1272"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1234 1493 1272"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1279 938 1317">Ich gehe selbständig zu Bett</td> <td data-bbox="943 1279 1050 1317"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1279 1161 1317"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1279 1493 1317"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1323 938 1361">Ich wasche mich selbständig</td> <td data-bbox="943 1323 1050 1361"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1323 1161 1361"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1323 1493 1361"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1368 938 1406">Ich dusche selbständig</td> <td data-bbox="943 1368 1050 1406"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1368 1161 1406"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1368 1493 1406"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1413 938 1451">Ich putze die Zähne allein</td> <td data-bbox="943 1413 1050 1451"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1413 1161 1451"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1413 1493 1451"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1458 938 1496">Ich kämme mich selbständig</td> <td data-bbox="943 1458 1050 1496"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1458 1161 1496"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1458 1493 1496"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1503 938 1541">Ich gehe selbständig zur Toilette</td> <td data-bbox="943 1503 1050 1541"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1503 1161 1541"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1503 1493 1541"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1547 938 1675">Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege)</td> <td data-bbox="943 1547 1050 1675"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1547 1161 1675"><input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1682 938 1720">Ich rasiere mich allein</td> <td data-bbox="943 1682 1050 1720"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1682 1161 1720"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1682 1493 1720"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1727 938 1765">Ich wähle selbständig meine Kleider</td> <td data-bbox="943 1727 1050 1765"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1727 1161 1765"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1727 1493 1765"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1771 938 1809">Ich wechsle von allein meine Wäsche</td> <td data-bbox="943 1771 1050 1809"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1771 1161 1809"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1771 1493 1809"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1816 938 1854">Ich kann selber die Schuhe binden</td> <td data-bbox="943 1816 1050 1854"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1816 1161 1854"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1816 1493 1854"><input type="checkbox"/> mit Anleitung</td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1861 938 1899">Ich schnarche</td> <td data-bbox="943 1861 1050 1899"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1861 1161 1899"><input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1906 938 1944">Ich kann ohne Hilfe schwimmen</td> <td data-bbox="943 1906 1050 1944"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1906 1161 1944"><input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1951 938 1989">Ich darf tauchen</td> <td data-bbox="943 1951 1050 1989"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1951 1161 1989"><input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="448 1995 938 2101">Auftriebsmittel beim Schwimmen</td> <td data-bbox="943 1995 1050 2101"><input type="checkbox"/> ja</td> <td data-bbox="1054 1995 1161 2101"><input type="checkbox"/> nein</td> <td data-bbox="1166 1995 1493 2101">welche?</td> </tr> </table>			Ich bevorzuge als Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal	Ich brauche einen Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Ich kann mich selbständig ankleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich kann mich allein ausziehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich gehe selbständig zu Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich wasche mich selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich dusche selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich putze die Zähne allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich kämme mich selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich gehe selbständig zur Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Ich rasiere mich allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich wähle selbständig meine Kleider	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich wechsle von allein meine Wäsche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich kann selber die Schuhe binden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	Ich schnarche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Ich kann ohne Hilfe schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Ich darf tauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Auftriebsmittel beim Schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bevorzuge als Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> egal																																																																											
Ich brauche einen Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																												
Ich kann mich selbständig ankleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich kann mich allein ausziehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich gehe selbständig zu Bett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich wasche mich selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich dusche selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich putze die Zähne allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich kämme mich selbständig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich gehe selbständig zur Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																												
Ich rasiere mich allein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich wähle selbständig meine Kleider	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich wechsle von allein meine Wäsche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich kann selber die Schuhe binden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung																																																																											
Ich schnarche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																												
Ich kann ohne Hilfe schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																												
Ich darf tauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein																																																																												
Auftriebsmittel beim Schwimmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	welche?																																																																											

Bestätigung Versicherungsabschluss	Sie bestätigen, dass Sie die obligatorischen Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat/Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Wir empfehlen zudem den Abschluss einer Annullationskosten- und Rückreiseversicherung .
Annullationskosten	Wir erinnern Sie daran, dass Sie eine verbindliche Anmeldung gemacht haben. Eine Annullation muss schriftlich erfolgen. Erfolgt diese nach Erhalt der Bestätigung, wird eine Bearbeitungsgebühr von 120 Franken verrechnet. Bei kurzfristigen Annullationen (ab 60 Tagen vor Abreise) kommen Annullationskosten dazu. Die Bedingungen sind in der Ausschreibung genauer beschrieben.
Fotos und Filme 	<p>Ich bin damit einverstanden, dass sorgfältig ausgewählte Ferienfotos von mir von insieme Luzern für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </p>
Vereinsmitgliedschaft	<p> <input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied </p> <p> <input type="checkbox"/> Ich bin noch nicht Mitglied bei insieme Luzern Eine Mitgliedschaft bei insieme Luzern ist für die Teilnahme an unseren Angeboten Bedingung. Die Unterlagen für eine Mitgliedschaft werden Ihnen automatisch zugesandt. Der Jahresbeitrag beträgt CHF 80.00 </p>
Unterschriften	<p>Feriengast</p> <p>Datum _____</p> <p>Unterschrift _____</p> <p><small>* Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert</small></p> <p>Zustimmung Drittperson (Eltern, Beistand oder gesetzliche Vertretung)</p> <p>Name, Vorname _____</p> <p>Funktion _____</p> <p>Datum _____</p> <p>Unterschrift _____</p> <p>Handschriftlich unterschreiben oder eingescannte Unterschrift einfügen: _____ Vor-/ Nachname*:</p> <p><small>* Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert.</small></p>