

Beratungsgutschein Demenz / -verdacht

An:

Demenzfachdienst im Kreis Minden-Lübbecke

Koordinationsbüro DemenzNetz
Simeonstr. 19
32423 Minden

Fax-Nr.: 0571-82802-69

Kooperationspartner (Absender)
K ...

Datum, Unterschrift des Kooperationspartners
--

Kontaktdaten von:

Erkrankter Person Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon (tagsüber): _____

Die Beratung umfasst je nach Bedarf:

- Erstberatung (Information zum DemenzNetz, Überblick über Pflegeversicherungsleistungen, Entlastungsmöglichkeiten, rechtliche Vorsorge ...)
- Schulung zum LOGBUCH Demenz
- Informationsreihe „Mit Vergesslichkeit und Altersverwirrtheit umgehen“
- Weitervermittlung zu anderen Angeboten

Bitte den Beratungsgutschein nur ausfüllen, wenn das Einverständnis vorliegt. Die Person mit Demenz muss im Kreis Minden-Lübbecke wohnen.

Einverständnis

Ich bin mit einem Anruf von den Mitarbeiter/-innen des Demenzfachdienstes im Kreis Minden-Lübbecke einverstanden. Die Ergebnisse der Beratung können an meinen behandelnden Arzt übermittelt werden.

Datum

Unterschrift erkrankte Person
bzw. Bezugsperson

Dieses Beratungsangebot findet statt für das DemenzNetz Kreis Minden-Lübbecke und ist für Sie **kostenlos**.