



## Anmeldeformular

für die Teilnahme am Präventionsprogramm „Gutes Sehen in Pflegeeinrichtungen“

### Kontaktdaten Einrichtung

Einrichtung \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

### Kontaktdaten Ansprechpartner\*in

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Allgemeine Informationen

Träger Ihrer Einrichtung? \_\_\_\_\_

Art der Einrichtung (voll-/teilstationär)? \_\_\_\_\_

Anzahl der Bewohner\*innen/Gäste gesamt \_\_\_\_\_ Anzahl der Beschäftigten \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

Vorerfahrungen im Bereich Sehen

(Fortbildungen, interne Sehbeauftragte, besonderes Augenmerk auf Barrierefreiheit)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich im Namen der oben genannten Pflegeeinrichtung für die Teilnahme am Präventionsprogramm „Gutes Sehen“ an. Eine verbindliche Anmeldung findet erst nach einem Informations- und Beratungsgespräch statt. Die Kosten für die Teilnahme am Präventionsprogramm werden durch die beteiligten Pflegekassen getragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die hier angegebenen Daten im Rahmen des Präventionsprogramms von der Blindeninstitutsstiftung gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift