



Bewerbungsformular

für die Teilnahme am Präventionsprogramm „Gutes Sehen in Pflegeeinrichtungen“

Kontaktdaten Einrichtung

Einrichtung _____

Straße und Hausnr. _____

PLZ und Ort _____

Kontaktdaten Ansprechpartner

Name, Vorname _____

Funktion _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____

Allgemeine Informationen

Träger Ihrer Einrichtung? _____

Art der Einrichtung (voll-/teilstationär)? _____

Anzahl der Bewohner/Gäste _____ Anzahl der Beschäftigten _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Vorerfahrungen im Bereich Sehen

(Fortbildungen, interner Sehbeauftragter, besonderes Augenmerk auf Barrierefreiheit)

Hiermit bewerbe ich mich im Namen der oben genannten Pflegeeinrichtung für die Teilnahme am Präventionsprogramm „Gutes Sehen“. 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

Bitte per Fax an 0931/2092-2340 oder per E-Mail an gutes-sehen@blindeninstitut.de
(Stand: 07/2020)