

Pedido de apoio financeiro

de

(sobrenome, nome em maiúsculas)

(Data de nascimento - DD.MM.AAAA)

para

Help! – Wir helfen! e.V.

Eichenweg 6

D- 74545 Michelfeld

Alemanha



Pedido de apoio financeiro

1. Informações sobre a associação e o uso dos formulários

Quem somos?

A organização “Help! – Wir helfen! e.V.” é uma organização sem fins lucrativos com sede em Schwäbisch Hall (Alemanha). A associação ajuda em uma base específica do projeto, onde indivíduos, especialmente crianças e adolescentes, têm esperado até agora em vão o tratamento médico urgentemente necessário (operações, medicamentos), mas nem o sistema social do estado nem suas famílias podem pagar pelos custos. O princípio é: dar ajuda para auto-ajuda!

Quais requisitos e acordos se aplicam?

Os seguintes documentos devem estar disponíveis

- Complete “Peça de solicitação de suporte financeiro” com relatórios (médicos) e fotos compreensíveis do paciente antes do tratamento médico
- (Médico) relatórios e fotos do paciente após o tratamento
- Direitos de uso dos relatórios (médicos) e fotos do tratamento médico e seu curso para fins publicitários da associação “Help! – Wir helfen! e.V.”.

Estamos comprometidos em apoiar compromissos por 6 meses. O formulário escrito se aplica.

Como o aplicativo deve ser usado?

O aplicativo contém os dados do paciente (pessoa afetada), seu ambiente social e financeiro, bem como o suporte financeiro solicitado para o tratamento definido. O aplicativo também inclui os dados médicos, o tratamento médico pretendido e a indicação do hospital / médico. O formulário de inscrição faz parte dos nossos princípios de documentação para os doadores da nossa associação.

Use as seções 7.1 a 7.3 para a avaliação. Para obter os resultados e a documentação do andamento após o tratamento, use os respectivos anexos no formulário.

Para quem envio os documentos?

Envie os documentos eletronicamente (aplicativo digitalizado, fotos, relatórios, etc.) para:

report@help-wirhelfen.de

Pedido de apoio financeiro

2. datas de aplicação

2.1 Dados da pessoa em questão (paciente)

Sobrenome / nome (s): _____

Sexo: feminino masculino diverso Nacionalidade: _____

Data de nascimento (DD.MM.AAAA): _____

País / local de nascimento: _____

Idade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

E-Mail: _____ Telefone: _____

2.2 Dados dos pais / responsáveis legais (para menores)

nome próprio,	data de	profissão
	nascimento	

Pai: _____

Mãe: _____

Telefone-Nr. (Pae/mae): _____

E-Mail: _____

2.3 Dados de pessoas pertencentes à família (cônjuge, irmãos, ...)

Sobrenome / nome	Data de	profissão
	nascimento	

Pedido de apoio financeiro

2.4 Necessidades: Renda líquida mensal de todas as pessoas pertencentes à família

2.4.1 Rendemento por mes

	Afetados	Parceiro	Pais	Filhos	Outros Pessoa
Salários	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Pensão	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Prestações sociais	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Prestações por criança	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
_____	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
_____	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Total	_____				€

2.4.2 Despesas (médicas) excepcionais por ano ...

para _____ €

para _____ €

Pedido de apoio financeiro

3. Custos e financiamento do tratamento e pedido de reembolso

3.1 Custo total do tratamento _____ €

Dos quais _____ € para _____

Dos quais _____ € para _____

Dos quais _____ € para _____

ver estimativa médica de (DD.MM.AAAA) _____

3.2 Financiamento parcial através de seguro de saúde ou similar _____ €

Não Sim via (Nome, Tel.):

3.3 Financiamento parcial através de outras organizações, familiares, amigos _____ €

Não Sim via (Nome, Tel.):

3.4. Pedido de reembolso de custos

Solicitado no valor de _____ €

4. Detalhes de contato do hospital / consultório / médico

(1) Hospital para tratamento hospitalar (nome, país / local / telefone / E-mail):

(2) Médicos em tratamento ambulatorial (nome, país / local / telefone / E-mail):

Pedido de apoio financeiro

5. Declaração sobre o financiamento do tratamento médico

Declaro que o financiamento de medidas financeiras não excede 100% daqueles incorridos
Custo total A estimativa médica está incluída. Garanto que as informações fornecidas estão corretas da melhor maneira possível.

Data: _____
(Assinatura do paciente ou responsável legal)

6. Consentimento em usar documentos e fotos

Eu,

Confirme “Help! - Wir helfen! e.V.” recebe o direito absoluto e irrevogável e a permissão para usar as fotos, raios X e informações do paciente etc. de mim ou do paciente através da “Help! – Wir helfen! e.V.” ou a pessoa responsável por ele (funcionários / médicos do hospital etc.) ou que eu disponibilizei para usar da seguinte maneira:

- a) Em seu próprio nome ou em qualquer outro nome escolhido, com os direitos autorais da “Help! – Wir helfen! e.V.” para publicar.
- b) As fotos também podem ser usadas repetidamente para publicação no mesmo ou em qualquer outro contexto, individualmente ou em conjunto com outras fotos na mídia (impressa, internet, etc.) para ilustrar informações e para fins de publicidade ou publicidade, mas sem se restringir a isso. ser. Concordo que meu nome será mencionado em todos os tipos de publicações.

c) Encaminhar as fotos e informações que tirei para o exame a terceiros - também eletronicamente - e também salvá-las em formato eletrônico.

Eu expressamente dispense a Help! - Wir helfen! e.V. e as pessoas que tiraram as fotos, denunciaram e as colocaram em nome da “Help! – Wir helfen! e.V.” uso para fins de associação em todas as reivindicações e direitos que tenho dela. Dou as fotos e os relatórios para uso pela “Help! – Wir helfen! e.V.” grátis. Isso também se aplica às imagens e relatórios que outras instituições (médicos / hospitais etc.) criaram ou criaram, como imagens de raios-X e / ou ultrassom etc

Eu li esta declaração e entendi completamente o conteúdo

(Local e data)

(Nome em maiúsculas)

(assinatura do paciente ou representante legal para menores)

Pedido de apoio financeiro

7.1 Formulário de avaliação da fissura labiopalatina (fissura) - status antes do tratamento

1. Resumo da história médica, incluindo doenças anteriores

2. Diagnóstico (s)

3. Tratamento pretendido / resultado desejado

4. Situação atual da saúde / situação laboratorial

5. Suplementos / documentação fotográfica significativa antes da operação devem ser incluídos

Pedido de apoio financeiro

7.2 Formulário de avaliação para doença ocular (por exemplo, catarata *) - status antes do tratamento

1. Diagnóstico (s)

2. Tratamento pretendido (por favor, verifique)

olho direito olho esquerdo

3. Localização dos olhos com documentação fotográfica informativa

	Olho direito	Olho esquerdo
Melhor visão remota corrigida		
refração		
pressão ocular		
descobertas lâmpada de fenda		
achados fundoscópicos		

4. Suplementos, na medida do relevante para doenças oculares (resumo da história médica ou de doenças anteriores)

***Pré-requisito para financiar uma operação de catarata:** A melhor acuidade visual binocular corrigida deve ser inferior a 0,3 (com base na definição de deficiência visual de acordo com o nível 1 da OMS), as imagens da lâmpada de fenda antes e após a cirurgia com documentação da catarata e as lentes intraoculares devem ser incluídas

Pedido de apoio financeiro

7.3 Formulário de avaliação para tratamento cirúrgico / ortopédico geral / de trauma - status antes do tratamento

1. Resumo do histórico médico

2. Diagnóstico (s)

3. Tratamento pretendido Resultado desejado

4. Achados do exame físico

- Capacidade de andar - com ou sem auxiliares de marcha

- Curta distância em metros (m)

- situação de dor:

- em repouso: tomando analgésicos regularmente por 24 horas

- em movimento / caminhada: analgésico regularmente necessário

Pedido de apoio financeiro

- déficits funcionais nas atividades cotidianas, quais?
 - mobilidade articular ativa das articulações afetadas de acordo com o método neutro 0 (extensão (E) - flexão (F)), p. Articulação do joelho 10-0-90 graus:

- mobilidade passiva: E-F

- Estabilidade da articulação

5. Status do laboratório

- Valor Hb

6. Raios-X em dois planos

- Digitalização (raio X)
- Arquivo de imagem (arquivo jpeg)

7. Fotos do paciente

8. Notas

Apêndice 1

Status após o tratamento da fissura labiopalatina (cleft)

1. O tratamento foi concluído com sucesso

sim não

2. O tratamento deve continuar. Outra operação é necessária. Uma nova aplicação segue

sim não

3. Uma imagem significativa após a cirurgia com uma ferida cicatrizada deve ser incluída

- com fissura labial: se possível com um rosto sorridente
- com fenda palatina: cabeça inteira com mandíbula / palato visível

Pedido de apoio financeiro

Apêndice 2

Status após o tratamento para doenças oculares (por exemplo, catarata)

1. O tratamento foi concluído com sucesso

sim não

2. O tratamento deve continuar. Outra operação é necessária. Uma nova aplicação segue

sim não

3. Documentação fotográfica deve ser incluída

- Foto do rosto do paciente
- Foto significativa do resultado da operação (olho)

Apêndice 3a

Status após o tratamento (10 a 14 dias) por Geral / trauma cirúrgico / tratamento ortopédico

1. Relatar, em particular, o curso do tratamento / eventos adversos / complicações:

2. Tratamento realizado:

3. Reabilitação necessária:

sim não

4. Alta do hospital:

após _____ dias

5. Tratamento ambulatorial de acompanhamento necessário:

sim não

Se sim: que tipo? _____

Órtese / curativo necessário?

sim não

6. Ferida cirúrgica cicatrizada:

sim não

7. Sinais de inflamação:

sim não

8. Imagens de raios-X pós-operatórias (imagens de varredura)

estão incluídas

9. Notas

Apêndice 3b

Status após o tratamento (6 a 8 semanas) para Geral / trauma cirúrgico / tratamento ortopédico

1. Data do último acompanhamento:

2. Queixas dos pacientes:

3. Sinais de inflamação: sim não

4. Status funcional:

- medição ativa da mobilidade articular de acordo com o método neutro 0 (extensão (E) - flexão (F)), p. Articulação do joelho 10-0-90 graus

- Mobilidade articular passiva (E-F):

- Estabilidade da articulação:

- Sinais de atrofia muscular do membro afetado: sim não

- Sinal de inchaço: sim não

- Ferida cicatrizada sem irritação: sim não

Pedido de apoio financeiro

▪ Curta distância sem ajuda em metros: _____

▪ Assistentes necessários: sim não

5. Documentação fotográfica do paciente: estão incluídos

6. Raios-X em dois planos:

▪ Digitalização 6 semanas após a cirurgia estão incluídos

7. Tratamento adicional necessário: sim não

Se sim, que tipo? _____

8. Notas:
