

Kunde / Kundin

Name: Geburtsdatum:
Anschrift: Telefon:
E-Mail: Mobil:
Familienstand: Geschlecht: Konfession: Nationalität:

Krankenkasse/Pflegekasse

Name:
Anschrift:
Krankenversicherungsnummer:

Pflegegrad: keinen 1 2 3 4 5 (bitte ankreuzen)

Hilfebedarfsgruppe: keine 1 2 3 4 5 (bitte ankreuzen)

Behindertenausweis: Nein Ja Nr.:GdB

Merkzeichen: aG H Bl Gl RF B G

Eine Kopie des Behindertenausweises liegt bei: ja nein

Gültige Wertmarke: ja nein

Eltern / gesetzl. Betreuer / Hauptkontaktperson (bitte ankreuzen)

Name: Telefon:
Anschrift:
Email:

Ansprechpartner Arbeitsplatz / Schule / Kindergarten (bitte ankreuzen)

Name: Telefon:
Anschrift:

Hausarzt

Name: Telefon:
Anschrift:

Angehörige/Geschwister

Name: Telefon:
Name: Telefon:

Alle Informationen dienen dazu, **wichtige Hinweise für die Begleitung und Pflege** zu erhalten. Dies ist umso wichtiger, da die MitarbeiterInnen von Angebot zu Angebot wechseln können. Die Informationen werden an unsere ehrenamtlichen MitarbeiterInnen weitergegeben.

Wir bitten darum, den Bogen **sorgfältig** auszufüllen, da die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Personen sehr verschieden sein können. Dieser Bogen ist **einmalig für dieses Jahr** auszufüllen. Bei der Teilnahme an weiteren Maßnahmen gibt es nur noch eine Checkliste bei der Abfahrt.

Bitte informieren Sie die zuständigen MitarbeiterInnen immer ausführlich vor jedem Angebot!

Alle Angaben werden von uns vertraulich behandelt!

1. Hygiene:

	selbstständig	braucht Aufforderung / Kontrolle	braucht teilweise Unterstützung	ist auf Hilfe angewiesen
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sollten wir wissen?

.....

	selbstständig	braucht Aufforderung / Kontrolle	braucht teilweise Unterstützung	ist auf Hilfe angewiesen
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel werden benutzt?

Was sollten wir wissen?

.....

2. Ernährung:

	selbstständig	braucht teilweise Unterstützung	ist auf Hilfe angewiesen
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel werden benutzt (z.B. Schnabeltasse, spezielles Besteck, Geschirr)?

.....

Besondere Ernährung? Vegetarier kein Schweinefleisch
 kosher

Bestehen Lebensmittelallergien/-unverträglichkeiten:

.....

Was sollten wir wissen? (Essverhalten, Vorlieben, Abneigungen).....

.....

3. Gesundheit:

Bekommt er/sie Medikamente? Ja, regelmäßig Bei Bedarf Nein
Die Einnahme der Medikamente kann selbstständig erledigt werden.
 muss von der Begleitperson erledigt werden.

Welche Medikamente dürfen **nicht** eingenommen werden?.....

.....

Falls die Begleitperson Medikamente verabreichen muss, benötigen wir eine aktuelle ärztliche Verordnung. Bitte unbedingt bei Beginn des Angebots an die Begleitperson übergeben.

Bestehen **chronische Erkrankungen** Ja Nein

Wenn ja, welche?

Was sollten wir wissen?

.....

Bestehen **Allergien** Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie sollte gegebenenfalls reagiert werden (Notfallmedikament)?.....

Besteht eine **Epilepsie**? Ja Nein

Wenn ja: Der „Fragebogen für Menschen mit epileptischen und sonstigen Anfällen“ ist komplett ausgefüllt beigelegt.

Besteht **Tetanusimpfschutz**: Ja Nein letzte Impfung:.....

4. Mobilität/Wahrnehmung:

Rollstuhlfahrer/in? Ja; Körpergewicht..... Nein

E-Rollstuhl Faltrollstuhl Festrollstuhl Maße des Rollstuhls.....

Welche anderen Hilfsmittel werden benutzt? Rollator Orthesen Duschstuhl
 Hörgeräte Brille Zahnprothese
 Thrombosestrümpfe

Es bestehen Weglauftendenzen: Ja Nein

Was sollten wir wissen (z.B. zu Verkehrssicherheit, ...)?.....

Autofahren: kann vom Rollstuhl umgesetzt werden alleine sitzen möglich
 Gefahr des Abschnallens Gefahr des Türöffnens
 Kindersitz /Sitzschale; Körpergewicht

Was sollten wir wissen?

Gibt es **Einschränkungen** im:

Sehen:.....

Hören:

Schmerzempfinden:

Sonstiges:

5. Sprache/Kommunikation:

	in vollem Umfang	eingeschränkt	nicht möglich	auf andere Weise (Gestik, Mimik)
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel werden benutzt?.....

Was sollten wir wissen?

