



## Personenbogen 2021

### Kunde / Kundin

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

E-Mail: ..... Telefon: .....

Geschlecht: ..... Nationalität: ..... Mobil: .....

### Krankenkasse/Pflegekasse

Name: .....

Anschrift: .....

Versicherungs-Nummer: .....

Pflegegrad:             keinen     1     2     3     4     5

Hilfebedarfsgruppe:     keine     1     2     3     4     5

Behinderten-Ausweis:     Nein     Ja    Nr.....    GdB: .....%

Merkzeichen:     aG     H     Bl     Gl     RF     G

B im Ausweis:     Ja     Nein

Eine Kopie des Behindertenausweises liegt bei:     ja     nein

Gültige Wertmarke:     ja     nein

Eltern /  gesetzl. Vertretung /  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 einer guten **Begleitung und Pflege**.  
Dies ist wichtig, da die Begleitpersonen von Angebot zu Angebot wechseln.  
Die Informationen werden an unsere ehrenamtlichen Begleitpersonen weitergegeben.

Der Bogen muss **sorgfältig und ehrlich** ausgefüllt werden.  
Wir brauchen **jedes Jahr einen aktuellen Bogen**.  
Die Anmeldung bestätigen wir erst nach Erhalt dieses Personenbogens.

**Bitte informieren Sie die zuständige Begleitperson ausführlich vor jedem Angebot.**

**Ihre 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  
Haben die Medikamente Wechselwirkungen mit Alkohol?  Ja  Nein  
Die Einnahme der Medikamente  kann selbstständig erledigt werden.  
 muss von der Begleitperson erledigt werden.

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

.....

**Falls die Begleitperson an der Medikamentengabe beteiligt ist, benötigen wir eine aktuelle ärztliche Verordnung. Diese der Begleitperson mitgeben.**

Bestehen **chronische Erkrankungen** (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf, ...)  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Was sollten wir wissen? .....

.....

Bestehen **Allergien**  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

Wie sollte im Notfall reagiert werden (Notfallmedikament)? .....

Besteht eine **Epilepsie**?  Ja  Nein

Bestehen **sonstige Anfälle**?  Ja  Nein

Wenn ja, muss der „Fragebogen für Menschen mit epileptischen und sonstigen Anfällen“ diesem Personenbogen beigelegt werden!

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 .....

Wenn ja, in welchen Situationen?: .....

Was sollten wir noch 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)
<b>Sprechen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel werden benutzt? .....

Was sollten wir wissen? .....

**6. Sozialverhalten:**

**Gruppenverhalten:**  integriert sich  eher schüchtern  
 zieht sich zurück  kontaktfreudig/offen  
 braucht eine Bezugsperson  .....

Was müssen wir über Verhaltensweisen wissen? .....  
.....

Was kann **Stress** auslösen? .....  
.....

**Verhalten**  wird nervös  wird aggressiv gegen sich selbst  
**in Stresssituationen:**  schnell aufbrausend  wird aggressiv gegen andere  
 läuft weg  wird aggressiv gegen Gegenstände

Wie sollte gegebenenfalls reagiert werden? .....  
.....

**7. Schlafverhalten:**

Welche Hilfsmittel werden benutzt?  Pflegebett  Matratzenschoner  Lagerungskissen  
 Schlafmaske  .....

Besonderheiten (z.B. besonderer Schlaf-Wach-Rhythmus):.....  
.....

**8. Freizeitgestaltung / Besondere Neigungen und Vorlieben:**

.....  
.....  
.....

**9. Badeerlaubnis:**

Als gesetzliche Vertretung erkläre ich mich damit einverstanden, dass er/sie während eines Angebots unter Aufsicht entweder in einer öffentlichen Badeanstalt oder an Stellen, an denen das Baden allgemein zulässig ist, baden darf.

Ja  Nein

Kann er/sie schwimmen?  Ja  Nein

Welche Hilfsmittel werden benutzt?  Schwimmflügel  Schwimmgürtel  Schwimmbrett  
 Ohrstöpsel  .....

**SONSTIGES:**

Was sollten wir sonst noch wissen und beachten (Rituale, Gewohnheiten)? .....  
.....  
.....

**Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Mir ist bekannt, dass die Pflege und Assistenz bei Angeboten der Lebenshilfe Breisgau von Laien erbracht wird.**

**Ort / Datum:** ..... **Unterschrift:** .....  
(gesetzliche Vertretung)

## Fragebogen für Menschen mit epileptischen oder sonstigen Anfällen

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummern der Eltern/der gesetzlichen Vertretung:

Privat: \_\_\_\_\_

Geschäftlich: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Name und Telefonnummer einer Vertrauenspersonen im Notfall (Oma,...):

\_\_\_\_\_

Art der Anfälle:       epileptische Anfälle       andere Anfälle

Häufigkeit der Anfälle:  
 mehrmals am Tag       mehrmals die Woche       bis zu einmal die Woche

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

Die Anfälle kommen meistens:       nachts       tagsüber       unterschiedlich

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

Beschreiben Sie den Ablauf eines Anfalls (in Stichworten):

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

Was sollen die Begleitpersonen der Lebenshilfe während eines Anfalls tun?  
(Stichworte):

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

**Was ist nach dem Anfall zu tun:**

---

---

---

---

---

**Muss ein Notfallmedikament gegeben werden?**

ja             nein

**Wenn ja, welches Notfallmedikament?**

Name: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Wir benötigen eine ärztliche Verordnung!

**Wann soll das Notfallmedikament verabreicht werden?**

---

---

**Wie wird das Notfallmedikament verabreicht?**

rektal         oral             sublingual         nasal

---

**Ab wann soll der Notarzt gerufen werden:**

---

---

---

Ich bevollmächtige hiermit die Begleitpersonen der Lebenshilfe Breisgau bei einem Notfall meinem Sohn/meiner Tochter/meinem gesetzlich Betreuten die oben genannten Medikamente nach der gegebenen Verordnung und Anweisung zu verabreichen.

**Ort / Datum:** ..... **Unterschrift:** .....  
(gesetzliche Vertretung)