

## Personenbogen 2022

### Kundin / Kunde (m/w/d)

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

Anschrift: .....

Telefon/Mobil: ..... Geschlecht: .....

### Pflegekasse

Pflegegrad:  keinen  1  2  3  4  5 Pflegegrad besteht seit: .....

Pflege-/Krankenkasse: .....

Anschrift: .....

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

gesetzlich versichert  privat versichert

### Schwerbehindertenausweis

ja  nein GdB: ..... Merkzeichen:  B  aG  H  BI  GI  RF  G

Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises liegt bei:  ja  nein

Gültige Wertmarke:  ja  nein

Hilfebedarfsgruppe:  keine  1  2  3  4  5

### Kostenträger

Pflegeversicherung über:  Verhinderungspflege  Entlastungsbetrag

anderer Kostenträger: .....

Eltern / gesetzl. Vertretung / Hauptkontaktperson (bitte ankreuzen)

Name: ..... Telefon: .....

Anschrift: .....

Email: ..... Mobil: .....

Eltern / gesetzl. Vertretung / Hauptkontaktperson (bitte ankreuzen)

Name: ..... Telefon: .....

Anschrift: .....

Email: ..... Mobil: .....

### Weitere wichtige Kontaktpersonen (z.B. Wohnheim, SPFH, Angehörige)

Name: ..... Telefon: .....

Anschrift: .....

Email: ..... Mobil: .....

### Platz für weitere Kontakte (z.B. Kita, Schule, Arbeitsplatz, Arzt/Ärztin, Therapie)

Name: ..... Telefon: .....

Anschrift: .....

Email: ..... Mobil: .....

**Form der Behinderung/Erkrankung:**.....

.....

**Epilepsie:**  ja  nein

(Falls ja, muss der Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH und der ehrenamtlich tätigen Person ein aktueller Fragebogen für Menschen mit epileptischen Anfällen vorliegen!)

**Chronische Erkrankungen:**  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

.....

.....

**Allergien:**  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

.....

.....

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

.....

.....

### **Einnahme von Medikamenten**

(Falls Medikamente durch die ehrenamtlich tätige Person vergeben werden sollen, muss der Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH und der ehrenamtlich tätigen Person eine aktuelle von einem Arzt oder einer Ärztin unterschriebene Medikamentenverordnung vorliegen!)

Dies gilt für:

**Regelmäßige Medikamente** (müssen auf der ärztlichen Medikamentenverordnung aufgelistet sein)

**Notfallmedikamente** (müssen auf der ärztlichen Medikamentenverordnung aufgelistet sein)

**Allgemeine Bedarfsmedikamente**, wie z.B. Kopfschmerztabletten, Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel (müssen auf der ärztlichen Medikamentenverordnung aufgelistet sein oder auf dem Formular für Bedarfsmedikamente der Lebenshilfe)

### **Medikamente, die nicht in der ärztlichen Verordnung genannt sind, dürfen NICHT verabreicht werden!**

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:.....

.....

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

Besteht eine **COVID-19 Impfung:** (Nachweis muss in Kopie eingereicht werden!)

Nein  Ja  vollständig geimpft (mind. 3-mal)  genesen bis:\_\_\_\_\_

## Unterstützungsbedarf

### 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? .....

### 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) .....

### Mobilität/Wahrnehmung

Rollstuhlfahrer/in?  Nein  Ja  E-Rollstuhl  Faltrollstuhl  Festrollstuhl

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: .....

**Sprache/Kommunikation:**

|                 | in vollem<br>Umfang      | eingeschränkt            | nicht<br>möglich         | auf andere Weise<br>(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? .....

**Sozialverhalten:**

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

Was müssen wir über Verhaltensweisen wissen (z.B. ängstliche oder aggressive Verhaltensweisen?): .....

Was kann **Stress** auslösen? .....

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

Wie sollte gegebenenfalls reagiert werden? .....

**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

**Sonstiges:**

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Falls Sie eine Einzelassistenz im Rahmen des **Familienunterstützenden Dienstes** in Anspruch nehmen möchten:

Inhalt der Assistenz (Zeit, Ort, Wünsche bezüglich der ehrenamtlich Tätigen Person, inhaltliche Wünsche, etc.):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Falls Sie an einem **Reiseangebot mit Übernachtung** teilnehmen möchten:

Gibt es Besonderheiten beim Schlafverhalten (z.B. besonderer Schlaf-Wach-Rhythmus, frühe Aufstehzeit, etc.): .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Hilfsmittel werden benutzt?  Pflegebett  Matratzenschoner  Lagerungskissen

Schlafmaske  Sonstiges:.....

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 benötigen **jedes Jahr einen aktuellen Bogen**.

Bitte informieren Sie die zuständige Begleitperson ausführlich vor jedem Angebot.

### **Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt!**

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass diese an die ehrenamtlich tätige Person weitergegeben werden, sofern sie für die Assistenz relevant sind. Sobald sich Angaben verändern, informiere ich die Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH.

Mir ist bekannt, dass die Assistenz und Pflege im Rahmen der Angebote der Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH von ehrenamtlich Tätigen und nicht durch Fachkräfte erbracht wird.

Darüber hinaus wurde ich informiert, dass meine Daten für Zwecke der Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH gespeichert und verarbeitet werden.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Bestätigung zur Aufklärung und Beratung über gesetzliche Leistungsansprüche:  
Hiermit bestätige ich, dass ich von der Lebenshilfe Breisgau gem. GmbH darüber aufgeklärt wurde, dass für verschiedene Leistungen unter Umständen ein Leistungsanspruch gegenüber gesetzlichen Leistungsträgern besteht (z.B. Pflegekasse, Sozialhilfeträger)

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)

Dieses Formular können Sie auch am Computer ausfüllen.  
Download unter [www.lebenshilfe-breisgau.de](http://www.lebenshilfe-breisgau.de)



## 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: \_\_\_\_\_

**Zur Verabreichung von Medikamenten muss eine aktuelle ärztliche Verordnung vorliegen!**

**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.

|                        |  |
|------------------------|--|
| .....<br>Ort und Datum | .....<br>Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung) |
|------------------------|--|