



Personenbogen 2025 (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Kundin / Kunde (m/w/d)

Name, Vorname: 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, wird nachgereicht

Gültige Wertmarke: ja nein blauer Parkausweis f. Rollstuhlparkplätze: ja nein

Hilfebedarfsgruppe: keine 1 2 3 4 5 (f. Personen in besonderen Wohnformen)

Kostenträger

Pflegeversicherung über: Verhinderungspflege Entlastungsbetrag

Selbstzahler

anderer Kostenträger:

Eltern / gesetzl. Vertretung / Hauptkontaktperson (bitte ankreuzen)

Name, Vorname: Telefon:

Anschrift:

Email: Mobil:

Eltern / gesetzl. Vertretung / Hauptkontaktperson (bitte ankreuzen)

Name, Vorname: Telefon:

Anschrift:

Email: Mobil:

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

Name, Vorname: Telefon:

Anschrift:

Email: Mobil:

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

Name, Vorname: 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).

Wichtig: Bei unseren Angeboten dürfen wir keine medizinische Behandlungspflege übernehmen!

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 und benötigt keine Erinnerung
- benötigt Erinnerung an Medikamenteneinnahme
- muss von der Begleitperson erledigt werden

Welche Medikamente dürfen nicht eingenommen werden? (gibt es gegenüber bestimmten Wirkstoffen eine Allergie etc.):

Besteht **Tetanusimpfschutz:** ja nein letzte Impfung:

Unterstützungsbedarf

Hygiene

	selbstständig	Aufforderung/ Kontrolle	verbale Anleitung	teilweise Unterstützung	ist auf Hilfe angewiesen
Waschen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sollten wir wissen?

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

Wahrnehmung

Gibt es **Einschränkungen** im:

Sehen:

Hören:

Schmerzempfinden:

Sonstiges:

Mobilität

Rollstuhlfahrer/in? nein ja E-Rollstuhl Faltrollstuhl Festrollstuhl

Bei Reisen wird folgender Rollstuhl mitgenommen: _____

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: _____ kg

Was sollten wir wissen?

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?

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 nur mit Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel werden benutzt? Schwimmflügel Schwimmgürtel Schwimmbrett

Sonstiges

Was sollten wir sonst noch wissen und beachten (Rituale, Gewohnheiten, Verhalten in neuen Situationen und unbekannter Umgebung)?

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

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

Sauerstoff-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, Eingliederungshilfe)

.....
Ort und Datum

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

Dieses Formular können Sie auch am Computer ausfüllen.
Download unter 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.

..... Ort und Datum Unterschrift (ggf. der gesetzlichen Vertretung)
------------------------	--