

KONTAKTDATEN

DAS BIN ICH!



Name:

Foto



Straße:

Wohnort:



Geburtsdatum:



Telefon:

Mobil:



E-Mail:



Wohnform:

- bei Eltern/Angehörigen
- selbstständig in eigener Wohnung
- begleitetes Wohnen (BW)
- gemeinschaftliches Wohnen

Wohngruppe:

Welche Einrichtung besuchst du? (z.B. Schule)

Wo arbeitest du?

Gruppenleiter:

Meine Eltern/Angehörigen bzw. gesetzliche Betreuungspersonen:

	Angehöriger (bitte Familien-Verhältnis dazuschreiben)	gesetzlicher Betreuer
Name:		
Anschrift:		
Telefon, Mobil:		
E-Mail:		
Betreuungsbereiche:		

Mein (zusätzlicher) Notfallkontakt:

Name:

Telefon, Mobil:

GESUNDHEIT



Diagnose /Art der Behinderung:



Schwerbehindertenausweis:

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis: Ja Nein

Grad der Behinderung: _____ GdB

Eigetragene Merkzeichen: G GI H aG RF
 BI B VB EB 1. KL

Ich besitze eine Wertmarke: Ja Nein

Gültig bis: _____

Bitte senden Sie uns eine Kopie zu - vielen Dank!

WEITERE INFORMATIONEN/ ERKLÄRUNGEN

Meine Pflegekasse/Krankenkasse: _____

Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mein Pflegegrad:

Keinen 1 2 3 4 5

Ich habe Anspruch auf:

- Entlastungsbetrag § 45b SGB XI
- Verhinderungspflege § 39 SGB XI
- Kurzzeitpflege § 42 SGB XI

Sonstige Budgets: _____

Mitglied der Lebenshilfe Rastatt/Murgtal e.V.:

- Ich selbst
- Angehöriger/Name,
Verwandtschaftsverhältnis:



Weitere gesundheitliche Erkrankungen:

Ich habe eine Herz-/Kreislaufkrankung: Ja Nein

Art der Erkrankung: _____

Ich habe Diabetes: Ja Nein
 Muss Blutzucker gemessen werden? Ja Nein
 Muss Insulin gespritzt werden? Ja Nein
 Ich habe Epilepsie: Ja Nein
 Ist ein Notfallmedikament erforderlich? Ja Nein
 Ist es eine anfallsfreie Epilepsie? Ja Nein

Hinweis: bei einer jahrelangen, anfallsfreien Epilepsie ist ggf. kein Notfallplan oder keine jährliche Aktualisierung des Notfallplans erforderlich. Sprich uns einfach darauf an.

Weitere Erkrankungen: _____



Allergien:

keine

Art der Allergie: _____

Die allergische Reaktion äußert sich durch... _____

Notfallmedikament erforderlich? Ja Nein

Wichtig: Besteht Epilepsie, Diabetes, eine schwere Herz-/Kreislaufkrankung, schwere Allergien (mit Auftreten eines anaphylaktischen Schocks) ist der vollständig ausgefüllte und durch einen Arzt unterschriebene Notfallplan einmal jährlich oder bei Änderungen erforderlich!



Medikamente:

Ich nehme regelmäßig Medikamente: Ja Nein
 Ich nehme die Medikamente selbst ein: Ja Nein
 Ich brauche Kontrolle bei der Einnahme: Ja Nein
 Die Medikamente müssen durch eine Begleitperson vergeben werden: Ja Nein

Wichtig: Die Dauer- und Bedarfsmedikation muss durch einen Arzt bescheinigt werden. Hierfür kann das Formular „Ärztliche Bescheinigung“ genutzt werden. Nähere Informationen findest du in unserem Jahresprogramm!

KOMMUNIKATION & ALLTAG



Sprache:

Ich kann sprechen: Ja Nein
 Ich kann Sprache verstehen: Ja Nein
 Ich kann „Ja“ –„Nein“ –Fragen beantworten: Ja Nein
 Ich benutze Hilfsmittel zum Sprechen: Ja Nein
 Ich benutze Gebärden: Ja Nein

Weitere Besonderheiten: _____



Ich bin im Umgang mit anderen Teilnehmern:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehr ruhig (ziehe mich gerne zurück) | <input type="checkbox"/> Aktiv |
| <input type="checkbox"/> Ruhig/ entspannt | <input type="checkbox"/> Sehr aktiv (auch distanzlos) |

Unter Umständen zeige ich Verhaltensweisen, die mich/oder andere gefährden könnten: Diese äußern sich folgendermaßen/aus diesem Grund:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|
-



Umgang mit Geld

Ich kann über mein Taschengeld selbst entscheiden:
Ich kann alleine bezahlen

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Mit Hilfe | |



Freizeitbereich

Ich kann schwimmen

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Mit Schwimmhilfe | |

Meine Interessen und Hobbies:

Ich habe folgende Schlafgewohnheiten (Kuscheltier, Licht, etc.):

Meine Bettzeit:



Partnerschaft:

Ich darf mit meinem Freund/meiner Freundin in einem Zimmer schlafen:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Verhütungsmittel:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Nein |

Persönliche Bemerkung:

MOBILITÄT & ORIENTIERUNG



Ich kann lesen:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|



Ich kann die Uhr lesen:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|



Verkehrssicherheit:

Ich bin sicher im Straßenverkehr:
Ich darf mich selbstständig, ohne Begleitung von der Gruppe entfernen:
Ich kann alleine nach Hause fahren (Selbstfahrer):

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |



Mobilität

Ich ...

- habe keine Einschränkung in meiner Bewegung
- kann längere Strecken laufen
- habe Rollstuhl/Rollator zur Unterstützung
- kann keine weiten Strecken laufen
- sitze im Rollstuhl, kann aber kurz stehen und/oder kurze Strecken laufen (bitte entsprechendes unterstreichen)
- sitze im Rollstuhl, kann nicht umgesetzt werden
- benötige dauerhafte Schiebehilfe
- muss an der Hand geführt werden, wenn _____



Es kann sein, dass ich mich ungefragt von der Gruppe entferne (**Weglauffendenz**):

- Ja Nein

UNTERSTÜTZUNGSBEDARF



Ich benötige folgende Hilfsmittel (bitte ankreuzen):

keine

 **Rollator**

 **Rollstuhl**

 **Rollstuhl dauerhaft**

 **Elektro Rollstuhl**

 **Brille**

 **Hörgerät**

 **UKGeräte**

Welche?:

 **Orthesen**

Thrombose-/Kompressionsstrümpfe

Schuheinlagen

Sonstiges: _____



Essen und Trinken:

Ich esse und trinke:

- Selbstständig Mit Unterstützung Mit Hilfe einer Sonde

Mein Essen muss:

- Passiert werden Kleingeschnitten werden Sonstiges:

Spezielle Hilfsmittel:

Meine Ernährung:

- Vegetarisch Vegan Laktosefrei Glutenfrei Diabetische Kost

Sonstiges (Diät, Unverträglichkeiten, etc.)

Das mag ich nicht:



Genussmittel:

Ich darf Kaffee trinken:
Ich darf Rauchen:
Ich darf Alkohol trinken:

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Alkoholfreies Bier | |

Welcher/ Wieviel Alkohol?

KÖRPERPFLEGE



Ich benötige Hilfe /Unterstützung bei:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> nur Kontrolle/Erinnerung | |
| <input type="checkbox"/> Waschen/Duschen | <input type="checkbox"/> Haare Waschen | <input type="checkbox"/> Zähne putzen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> Rasieren | <input type="checkbox"/> Monatshygiene (Frauen) |
| <input type="checkbox"/> Schuhe binden | <input type="checkbox"/> Anziehen | <input type="checkbox"/> Kleiderauswahl |
| <input type="checkbox"/> Windel (tags/ nachts) | | |

Sonstige Unterstützung:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Hiermit erkläre ich mich/wir uns damit einverstanden, dass ich _____ (NAME) im Rahmen der Maßnahme...

- Schwimmen gehen darf (Schwimmbad, See, etc.) Ja Nein
- Karussell/Achterbahn fahren darf Ja Nein
- Reiten darf Ja Nein
- Selbstständig meine Medikamente aufbewahren darf Ja Nein

Ich/wir sind damit einverstanden, dass...

- Die Medikamente und ggf. Spritzen/Sondennahrung durch Begleiter (auch Fachkräfte) der jeweiligen Maßnahme vergeben dürfen Ja Nein
- Zecken durch Begleiter entfernt werden dürfen Ja Nein
- Sonnencreme der Offenen Hilfen verwendet werden darf Ja Nein
- Ich darf selbstentscheiden, wann ich das Angebot verlasse Ja Nein

Hinweis: Während den Angeboten können Foto- und Filmaufnahmen gemacht werden. Im Falle, für die Verwendung eines Bildes für öffentliche Zwecke (Homepage, LH-Magazin, etc.), durch die Offenen Hilfen, würden wir gezielt nochmals auf dich/Sie zukommen und eine schriftliche Erlaubnis zur Veröffentlichung einholen.

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/Sorgeberechtigter

(Sofern ein gesetzlicher Betreuung vorhanden ist, oder bei Minderjährigen mindestens ein Sorgeberechtigter)

Ort, Datum

Unterschrift KundIn

Bitte lesen Sie unbedingt unsere Teilnahmebedingungen im aktuellen Jahresprogramm! Mit der Unterschrift (des gesetzlichen Betreuers) bestätigen Sie, die Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiert zu haben.

Bitte wenden!

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Behandelnde Ärzte, Pflegekasse, Leistungsträger, etc. können in einem Notfall wichtige Informationen an die Offenen Hilfen weitergeben. Damit sie dies dürfen, benötigen wir eine Schweigepflichtsentbindung.

Ich _____ (Name)
 Geboren am _____ (TT.MM.JJJJ)
 Gesetzlich vertreten durch _____ (Ggf. Name)

Entbinde hiermit:

	Name	Telefon
Leistungsträger (z.B. Landratsamt Rastatt)		
Pflege-/Krankenkasse (z.B. AOK, Barmer...)		
Behandelnder Arzt/Klinik:		
Hausarzt:		
Andere:		

Der Schweigepflicht gegenüber der:

Lebenshilfe Kreisvereinigung Rastatt/Murgtal e.V.
 Bereich Offene Hilfen
 Alte Bahnhofstraße 5
 76437 Rastatt

 Ort, Datum

 Unterschrift SorgeberechtigteR/gesetzlicher Betreuer

 Ort, Datum

 Unterschrift Kunde