

KONTAKTDATEN

DAS BIN ICH!



Name:



Straße:



Geburtsdatum:



Telefon:

Mobil:



E-Mail:



Wohnform:



Schule/Arbeit



Ich bin Mitglied der Lebenshilfe Rastatt/Murgtal e.V.:

Ja

Nein

	Foto
<input type="checkbox"/> bei Eltern/Angehörigen <input type="checkbox"/> selbstständig in eigener Wohnung <input type="checkbox"/> begleitetes Wohnen (BW), Begleiter: _____ <input type="checkbox"/> gemeinschaftliches Wohnen, Wohngruppe: _____	
<input type="checkbox"/> Schule/Kiga: _____ <input type="checkbox"/> WfbM, Gruppenleiter: _____ <input type="checkbox"/> Andere Firma: _____	

Meine wichtigsten Menschen



gesetzlicher Betreuer



Lieblings- Notfallkontakt/
Lieblingsmensch



Name:



Straße:

Wohnort:



Telefon:

Mobil:



E-Mail:



Informationen

Betreuungsbereiche:	Bezug (Eltern, Partner, etc.):

GESUNDHEIT



Diagnose/Art der Behinderung:



Schwerbehindertenausweis:

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis: Ja Nein Gültig bis: _____

Grad der Behinderung: _____ GdB
 Eigengetragene Merkzeichen: G GI H aG RF
 BI B VB EB 1. KL

Ich besitze eine Wertmarke: Ja Nein Gültig bis: _____

Bitte sende uns von beidem eine Kopie zu - vielen Dank!

Meine Pflegekasse/Krankenkasse:

Mein Pflegegrad:

- Pflegegrad 1
- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5
- Kein Pflegegrad

Ich habe Anspruch auf:

- Entlastungsbetrag § 45b SGB XI
- Verhinderungspflege §39 SGB XI
- Kurzzeitpflege § 42 SGB XI
- Sonstige Budgets: _____



Weitere gesundheitliche Erkrankungen:

Ich habe eine Herz-/Kreislauferkrankung: 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

Weitere Erkrankungen: _____



Medikamente:

Ich nehme regelmäßig Medikamente: 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!



Allergien/Unverträglichkeiten: keine

Art der Allergie: _____

Die allergische Reaktion äußert sich durch... _____

Notfallmedikament erforderlich? Ja Nein

Art der Unverträglichkeit: _____

Die Unverträglichkeit 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 und bei Änderungen erforderlich!

KOMMUNIKATION & ALLTAG



Sprache

Ich spreche folgende Sprache/n: _____
 In ganzen Sätzen
 In Ein-Zwei-Wort-Sätzen

Ich verstehe folgende Sprachen: _____

Ich verständige mich mit folgenden Gebärden: _____

Ich nutze folgende Hilfsmittel: _____

Weitere Besonderheiten: _____



Verhaltensweisen:

Unter Umständen zeige ich Verhaltensweisen, die mich oder andere gefährden könnten: Ja Nein

Diese äußern sich folgendermaßen: _____

Diese äußern sich aus diesem Grund: _____

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



Umgang mit Geld

Ich kann über mein Taschengeld selbst entscheiden: Ja Nein

Ich darf mein Taschengeld selbst aufbewahren: Ja Nein

Ich kann allein bezahlen: Ja Nein Mit Hilfe



Freizeitbereich

In meiner Freizeit mache ich gerne:

Das mag ich überhaupt nicht: _____

Ich kann schwimmen: Ja Nein Mit Schwimmhilfe

Bei Tieren bin ich : Entspannt, offen und berühre sie auch gerne
 zurückhaltend Welche? _____
 panisch Welche? _____

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



Partnerschaft:

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

Verhütungsmittel: Ja: Welches? _____
 Nein

MOBILITÄT & ORIENTIERUNG



Verkehrssicherheit:

- Ich bin sicher im Straßenverkehr: Ja Nein
- Ich darf mich selbstständig, ohne Begleitung von der Gruppe entfernen oder allein in der Unterkunft bleiben: Ja Nein
- Ich kann nach dem Angebot allein nach Hause fahren (Selbstfahrer): Ja Nein



Mobilität










Wie gut kannst du gehen? Wie weit und wie lange? Brauchst du dafür Hilfsmittel und/oder Unterstützung?

Für Rollifahrer: Kannst du kurz stehen/gehen? Kannst du dich (mit Unterstützung) umsetzen? Kannst du dich in deinem Rolli selbst fortbewegen?

UNTERSTÜTZUNGSBEDARF



Ich benötige folgende Hilfsmittel (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>  Rollator | <input type="checkbox"/>  Rollstuhl zeitweise | <input type="checkbox"/>  Rollstuhl dauerhaft | <input type="checkbox"/>  Elektro-Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/>  Brille | <input type="checkbox"/>  Hörgerät | <input type="checkbox"/>  UK-Geräte | |
| <input type="checkbox"/>  Orthesen/Prothesen | <input type="checkbox"/>  Thrombose-/Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Schuheinlagen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | <input type="checkbox"/> keine |



Essen und Trinken:

Ich esse und trinke:

- Selbstständig Mit Unterstützung Mit Hilfe einer Sonde
 Ich muss an Trinken erinnert werden

Mein Essen muss:

- Passiert werden Kleingeschnitten werden Sonstiges:

Spezielle Hilfsmittel: _____

Meine Ernährung:

- Vegetarisch Vegan Laktosefrei Glutenfrei Diabetische Kost

Das mag ich gerne: _____

Das mag ich nicht: _____



Genussmittel:

Ich darf Kaffee trinken: Ja Nein

Ich darf Rauchen: Ja Nein

Ich darf Alkohol trinken: Ja Nein

Welcher/Wie viel Alkohol? _____

KÖRPERPFLEGE



Ich benötige Hilfe/Unterstützung bei:
(bitte entsprechendes ankreuzen)

keine

**Kontrolle/
Erinnerung**

**Hilfestellung/
Übernahme**



Zähne putzen



Waschen/Duschen



Haare Waschen



Rasieren



Toilettengang



Windel (tags/nachts)



Monatshygiene (Frauen)



Kleiderauswahl



Anziehen



Schuhe binden

Sonstige Unterstützung:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Hiermit erkläre ich, _____ (NAME DES KUNDEN) mich damit einverstanden, dass ich während der Maßnahme...

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Schwimmen gehen darf (Schwimmbad, See, etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Karussell/Achterbahn fahren darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Reiten darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Selbstständig meine Medikamente aufbewahren darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Die Medikamente und ggf. Spritzen/Sondennahrung durch Begleiter der Offenen Hilfen der jeweiligen Maßnahme verabreicht bekommen darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Bei oberflächlichen Wunden ein Pflaster aufgeklebt bekommen darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Sonnencreme der Offenen Hilfen aufgetragen bekommen darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Selbst entscheiden darf, wann ich das Angebot verlassen möchte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hinweis: Während den Angeboten können Foto- und Filmaufnahmen gemacht werden. Für die Verwendung eines Bildes, das nur dich zeigt, für öffentliche Zwecke (Homepage, LH-Magazin, etc.), durch die Offenen Hilfen, würden wir gezielt nochmals auf dich zukommen und eine schriftliche Erlaubnis zur Veröffentlichung einholen. Bitte teile uns mit, wenn du auf keinem Foto zu sehen sein möchtest.

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

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/Erziehungsberechtigter

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

Bitte wenden!

SCHWEIGEPLICHTSENTBINDUNG

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:



Gesetzlich
vertreten durch:

entbinde hiermit

	Name/Anschrift	Telefon/Ansprechpartner
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 Bahnhofstr.5 76437 Rastatt

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/Erziehungsberechtigter