

KONTAKTDATEN

DAS BIN ICH!



Name:

--



Straße:

--

Wohnort:

--



Geburtsdatum:

--



Telefon:

--

Mobil:

--



E-Mail:

--



Wohnform:

<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: _____	Aktuelles Bild einfügen!
---	-----------------------------



Schule/Arbeit

<input type="checkbox"/> Schule/Kiga: _____ <input type="checkbox"/> WfbM, Gruppenleiter: _____ <input type="checkbox"/> Andere Firma: _____
--



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

Ja

Nein

Meine wichtigsten Menschen

Ich habe keinen gesetzlichen Betreuer



gesetzlicher Betreuer



Liebings-
Notfallkontakt/
Lieblingsmensch



Name:

--	--



Straße:

--	--

Wohnort:

--	--



Telefon:

--	--

Mobil:

--	--



E-Mail:

--	--



Infos

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

GESUNDHEIT



Diagnose/Art der Behinderung



Schwerbehindertenausweis

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis: Ja Nein Gültig bis: _____

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

Ich besitze eine Wertmarke: Ja Nein Gültig bis: _____

Bitte sende uns von beiden Dokumenten 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-/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

Weitere Erkrankungen: _____



Medikamente

- Ich nehme regelmäßig Medikamente: Ja Nein
- Ich benötige eine Erinnerung durch die OH für die Einnahme der Medikamente: Ja Nein
- Ich benötige Unterstützung durch die OH bei der Aufbewahrung der Medikamente: Ja Nein
- Ich benötige Unterstützung durch die OH bei der Einnahme der 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, 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 nicht
- 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 und aus diesem Grund:

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

Es kann sein, dass ich mich ablenken lasse und die Gruppe verliere: Ja Nein

Hilfreiche Tipps für solche Situationen:

Ich kann Fremde um Hilfe bitten: 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:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Mit Schwimmhilfe
	Bei Tieren bin ich :	<input type="checkbox"/> Entspannt, offen und berühre sie auch gerne <input type="checkbox"/> Zurückhaltend Welche? <input type="checkbox"/> panisch Welche?		
		<input type="checkbox"/> Distanzlos, bedrängend, ohne Gefahrenbewusstsein		
	Ich habe folgende Schlafgewohnheiten (Kuscheltier, Licht, etc.):			



Partnerschaft

Ich nutze Verhütungsmittel: Nein Ja: Welches? _____

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"/>  Lifter/Duschstuhl |
| <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, falls nicht relevant durchstreichen)

	Keine	Erinnerung	Kontrolle	Hilfe- stellung	Über- nahme
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windel (tags/nachts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatshygiene (Frauen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleiderauswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuhe binden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Unterstützung/ Anmerkungen:

-
-
-
-
-

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 |
| • 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 verlasse und selbstständig nach Hause fahre | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hinweis: Während den Angeboten können Foto- und Filmaufnahmen gemacht werden.

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 Schweigepflichtentbindung.

Ich



Name:



Geboren am:



Gesetzlich
vertreten durch:

- wünsche keine Entbindung der Schweigepflicht**
- 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