

KONTAKTDATEN

DAS BIN ICH!



Name: _____



Straße: _____

Wohnort: _____



Geburtsdatum: _____



Telefon: _____

Mobil: _____



E-Mail: _____



Wohnform:

- bei Eltern/Angehörigen
- selbstständig in eigener Wohnung
- begleitetes Wohnen (BW), Begleiter: _____
- gemeinschaftliches Wohnen, Wohngruppe: _____



Schule/Arbeit

- Schule/Kiga: _____
- WfbM, Gruppenleiter: _____
- Andere Firma: _____



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

- Ja Nein

Aktuelles Bild
einfügen!

MEINE WICHTIGSTEN MENSCHEN

- Ich habe keinen gesetzlichen Betreuer



gesetzlicher Betreuer



Liebings-

Notfallkontakt/
Bezugsbegleiter



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 Gl H aG RF
 keine Bl B VB EB 1. KL

Ich besitze eine Wertmarke: Ja Nein Gültig bis: _____

Ich besitze einen Parkausweis: Ja Nein Gültig bis: _____

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: _____



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!



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!

KOMMUNIKATION & ALLTAG



Sprache



Ich kann ...

Bemerkung

... sprechen: Ja Nein

... Bedürfnisse deutlich machen:
(zum Beispiel über Gestik, Mimik) Ja Nein

... andere Menschen verstehen: Ja Nein

... lesen: Ja Nein

... schreiben: Ja Nein

Ich nutze Hilfsmittel zur Kommunikation

(zum Beispiel Talker oder Symbole) Ja Nein



Verhaltensweisen

- In Gruppen
 - Bin ich kontaktfreudig und offen
 - Integriere ich mich
 - Bin ich eher schüchtern
 - Brauche ich eine Bezugsperson
 - Ziehe ich mich eher zurück

- Unter besonderen Umständen werde ich
 - Nervös
 - Aufbrausend
 - Aggressiv gegen mich selbst
 - Aggressiv gegen andere
 - Aggressiv gegen Gegenstände

In welchen Situationen passiert das? Hilfreiche Tipps für solche Situationen:

- 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
- Ich kann Fremde um Hilfe bitten: Ja Nein



Umgang mit Geld

- Ich kann über mein Taschengeld selbst entscheiden: Ja, komplett Ja, bis maximal _____ Euro Nein
- Ich darf mein Taschengeld selbst aufbewahren: Ja, komplett Ja, bis maximal _____ Euro Nein
- Ich kann allein bezahlen: Ja Mit Hilfe Nein

Bemerkung: _____



Freizeitbereich

- In meiner Freizeit mache ich gerne: _____
- Das mag ich überhaupt nicht: _____

- Ich kann schwimmen: Ja Nein Mit Schwimmhilfe
(Immer unter Aufsicht) Welche: _____

- Bei Tieren bin ich:
 - Entspannt, offen und berühre sie auch gerne
 - Zurückhaltend Welche? _____
 - panisch Welche? _____
 - Distanzlos, bedrängend, ohne Gefahrenbewusstsein

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

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 | <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | |
| <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 (Urin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang (Stuhlgang)	<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 |
| • 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 |
| • Oberflächliche Wunden desinfiziert bekommen darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Zecken entfernt bekommen darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Spreißel entfernt 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 fahren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Fahrgeschäfte (z.B. Karussell, Achterbahn) fahren darf | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn ja, welche: _____

Wenn nichts angekreuzt ist, werten wir dies als NEIN.

Hinweis: Während den Angeboten werden Foto- und Filmaufnahmen gemacht und diese für die Zwecke der Offenen Hilfen inklusive Öffentlichkeitsarbeit genutzt.

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

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Betreuer/Sorgeberechtigter

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

Bitte wenden!

SCHWEIGEFLICHTSENTBINDUNG

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	Telefon
Leistungsträger (z.B. Landratsamt Rastatt)		
Pflege-/Krankenkasse (z.B. AOK, Barmer...)		
Behandelnder Arzt/Klinik: <i>(bitte Name und Ort)</i>		
Hausarzt: <i>(Bitte Name und Ort)</i>		
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