

KONTAKTDATEN

DAS BIN ICH!



Name: _____



Straße: _____



Geburtsdatum: _____



Telefon: _____

Mobil: _____



E-Mail: _____



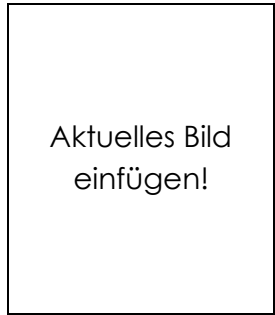
Wohnform:

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



Schule/Arbeit

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



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

MEINE WICHTIGSTEN MENSCHEN

Ich habe keinen gesetzlichen Betreuer



gesetzlicher Betreuer



Liebblings-
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: (unbefristet?) _____

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: _____

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: _____



Schmerzen

Ich kann körperliche Schmerzen empfinden/spüren: Ja Nein

Ich kann sagen/deuten, wo ich Schmerzen habe: Ja Nein

Ich kann sagen/deuten, wie stark die Schmerzen sind: Ja Nein

Wenn nein: Woran kann man erkennen, dass du Schmerzen hast?



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 bewahre meine Medikamente bei mir auf und nehme sie selbstständig (maximal Erinnerung nötig):

Ja Nein
 Erinnerung

Wenn ja, entbinde ich die OH von jeglicher Verantwortung für meine Medikamenteneinnahme!

Ich möchte, dass die OH meine Medikamente aufbewahrt und mir gibt:

Ja Nein

Wichtig: Die Dauer- und Bedarfsmedikation muss durch einen Arzt bescheinigt werden. Hierfür kann das Formular „Ärztliche Bescheinigung“ genutzt werden.

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/Hinlauffendenz):

- 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:
(Immer unter Aufsicht)

- Ja Nein Mit Schwimmhilfe
Welche: _____

Bei Tieren bin ich:

- Entspannt, offen und berühre sie auch gerne
- Zurückhaltend Welche? _____
- panisch Welche? _____
- Distanzlos, bedrängend, ohne Gefahrenbewusstsein

Ich habe folgende Schlafgewohnheiten (Uhrzeit, 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 sicher oder unsicher bist du beim Gehen? Wie weit und wie lange kannst du gehen? Kommt es vor, dass du hinfällst? 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



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? _____



Ich benötige folgende Hilfsmittel (bitte ankreuzen)

-  Rollator
-  Rollstuhl zeitweise
-  Rollstuhl dauerhaft
-  Elektro-Rollstuhl
-  Brille
-  Hörgerät
-  UK-Geräte
-  Lifter
-  Duschstuhl
-  Toilettenstuhl
-  Orthesen/ Prothesen
-  Thrombose-/ Kompressionsstrümpfe
- Schuheinlagen
- Sonstiges: _____
- keine**



Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

Zum Beispiel: Seitenschutz am Bett, Fixierung im Rollstuhl

Ich habe freiheitsentziehende Maßnahmen: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____












Liegt dafür ein richterlicher Beschluss vor? Ja Nein

Wichtig: Wenn die OH die freiheitsentziehenden Maßnahmen umsetzen soll, benötigt es eine Kopie des richterlichen Beschlusses oder einer Einverständniserklärung von euch selbst.

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 |
| • Im Schwimmbad rutschen und/oder springen 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 |
| • 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.

Bitte unbedingt unsere Teilnahmebedingungen im aktuellen Jahresprogramm lesen!
Mit deiner Unterschrift (bzw. des gesetzlichen Betreuers) bestätigst du, die Teilnahmebedingungen 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!

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	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