

Infobogen der Lebenshilfe Herrenberg e.V.

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen sorgfältig aus. Wir nutzen diese Informationen streng vertraulich und ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben im Rahmen der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen.

DAS BIN ICH!

Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Geb.-Datum _____

Mobil _____

E-Mail _____

Namen meiner **Eltern** _____

(Pflegeeltern, pflegende Angehörige, gesetzliche Betreuer, ...)

Telefon-Nr. _____

(falls abweichend)

E-Mail _____

Handy (Notfallnummern) _____

Ich lebe ...

bei meinen Eltern / Angehörigen

in meiner eigenen Wohnung

in einem Wohnheim

im ABW

in einer Außenwohngruppe

Name und Art der Einrichtung in der ich wohne:

Name der Wohnstätte und Wohngruppe _____

Adresse _____

Ich wohne dort

stationär

ambulant

Ansprechpartner und Telefonnummer _____



WEITERE INFORMATIONEN

Gesetzliche Betreuung

Ja Nein

Vorname, Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____

Ich habe einen **Behindertenausweis**

Ja Nein GdB _____ welche Merkzeichen? _____

Wertmarke vorhanden? Ja Nein

Ich habe folgenden **Pflegegrad** 1 2 3 4 5 keinen

Ich habe Anspruch auf...

Verhinderungspflege § 39 SGB XI Ja Nein

Entlastungsbetrag § 45b SGB XI Ja Nein

Sonstige Budgets _____

Name meines **Hausarztes** _____

Name der **Pflegekasse / Krankenkasse** _____

Adresse _____

Versichertennummer _____

GESUNDHEIT

Diagnosen / Art der Behinderungen _____

Ich bin sehbehindert/ blind
 gehörlos
 nichtsprechend

Ich benötige
 eine Gehilfe / Rollator
 einen Rollstuhl

Ich muss während einer Autofahrt in meinem
Rollstuhl sitzen bleiben:

Ja Nein

Chronische Erkrankungen _____

Ergänzung _____

Ich habe Epilepsie

Ja

Nein

So treten meine Anfälle auf (Häufigkeit, Tageszeit, Verlauf, Verhalten davor und danach, ...)

Das können Anzeichen für einen Anfall sein _____

Notfallmedikamente Epilepsie

Ja

Nein

Wenn ja, welche _____

Ab wann und in welcher Situation wird es verabreicht _____

Wie wird es verabreicht _____

Ich nehme regelmäßig Medikamente *O Ja* *O Nein*

Ich nehme die Medikamente selbst ein Ja Nein

Falls ja, ist Kontrolle notwendig? Ja Nein

Sollen Medikamente durch die Betreuungsperson verabreicht werden?
 Ja Nein

Darf ein Medikament / Wirkstoff unter keinen Umständen verabreicht werden?

Ist eine Medikamentengabe in den Angeboten des FED der Lebenshilfe Herrenberg notwendig, benötigen wir von Ihnen dafür eine schriftliche Erklärung (auch für Notfallmedikamente). Gerne können Sie das vorgefertigte Formular auf Seite 9 nutzen.

Änderungen, die die Medikamente betreffen, sind der Leitung des Angebots schriftlich mitzuteilen!

Ich habe Allergien / Unverträglichkeiten

Allergien

Unverträglichkeiten

Lebensmittel, die nicht verzehrt werden sollen

LEBENS PRAKTISCHER BEREICH

Ich **kann**... lesen Ja Nein
 die Uhr lesen Ja Nein

Das mache ich besonders **gerne** (z.B. Brettspiele, Fußball spielen...)

Das gibt es noch zu **bedenken**
(bestimmte Ängste, Berührungen, die ich nicht mag, Anzeichen von Gereiztheit / Unwohlsein, sonstiges...)

Soziale Kontakte

Ich benötige eine ständige Bezugs- und Begleitperson Ja Nein

Wenn ja, warum _____

Ich bin im Umgang mit anderen Teilnehmern

- sehr ruhig (ziehe mich gerne bei Trubel zurück)
- ruhig
- aktiv
- sehr aktiv (bin nur schwer zu bremsen)

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

Diese äußern sich folgendermaßen (Haare ziehen, schlagen, kratzen...)

Kommunikation

- Ich spreche..... Ja..... Nein einzelne Wörter
- Ich beantworte „JA“ – „Nein“ Fragen..... Ja..... Nein
- Ich benutze Gebärden..... Ja..... Nein
- Ich benutze Hilfsmittel..... Ja..... Nein

Wenn ja, welche _____

Weitere Besonderheiten (Gestik, Mimik, Gebärdensprache, Verhalten...)

Mobilität und Orientierung

- Ich... habe keine Einschränkungen in meiner Beweglichkeit
- kann kurze Strecken laufen
- sitze im Rollstuhl, kann aber sehr kurze Strecken laufen
- sitze im Rollstuhl
- muss an der Hand geführt werden, wenn _____

- Ich... habe eine gute Orientierung
- kenn mich in vertrauter Umgebung gut aus, außerhalb fällt mir das allerdings schwer
- habe keine (gute) Orientierung

- Ich... bewege mich sicher im Straßenverkehr
- benötige Hilfe im Straßenverkehr

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

PFLEGE & CO.

Essen und Trinken

Ich esse und trinke...

- selbständig
 mit Unterstützung
 nicht selbstständig

Mein Essen muss...

- klein geschnitten werden
 passiert werden
 sondiert werden
 Sonstiges _____

Spezielle Hilfsmittel (rutschfeste Unterlage, Spezialbesteck, -geschirr, Strohhalm, usw.)

Körperpflege

(bitte Entsprechendes ankreuzen)

	Selbstständig	Anleitung/ Kontrolle	Auf Fremdhilfe angewiesen
Toilette			
Hände waschen			
an-/ ausziehen			
duschen			
Zähne putzen			
Rasur			
Monatshygiene			

Weitere Besonderheiten (z.B. benötige bestimmte Cremes, Stuhlgangverhalten...)

Genussmittel

Ich darf **Alkohol** trinken Ja
 bei festlichen Anlässen _____
 Nein

Ich darf **Kaffee** trinken Ja
 Nein

Badeerlaubnis Ja Nein

Ich kann schwimmen Ja Nein

Zum Schwimmen benötige ich eine Schwimmhilfe Ja Nein

wenn ja, welche? _____

Sonstiges _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Medikamentengabe in der Lebenshilfe Herrenberg e.V.

Name des/der Teilnehmenden _____

geb. _____

Die unten angeführten Medikamente dürfen in den Angeboten des FED verabreicht werden und müssen wie folgt eingenommen werden:

	Name des Medikaments	Uhrzeit	Dosierung	Art der Verabreichung
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Ich / Wir wurden in Kenntnis gesetzt, dass die Medikamente auch durch ehrenamtliche Mitarbeiter:innen der **Lebenshilfe Herrenberg e.V.** verabreicht werden und gebe hierzu ausdrücklich mein Einverständnis.

Des Weiteren unterrichtete ich die Mitarbeiter:innen der **Lebenshilfe Herrenberg e.V.** über Änderungen hinsichtlich der Medikation, die Notwendigkeit einer neuen Medikamenteneinnahme, über abweichende Dosierung oder sonstige Veränderungen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder gesetzl. Betreuer