

Grundfragebogen Freizeit-Angebote

Um eine optimale Betreuung während unserer Freizeit-Angebote gewährleisten zu können, bitten wir Sie sich Zeit zu nehmen und die Fragen vollständig zu beantworten. Bitte geben Sie uns alle wichtigen Informationen.

Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Die Daten werden ausschließlich für die Verwaltung und Durchführung unserer Veranstaltungen verwendet.

Persönliche Fragen

Name	Vorname
Straße	Ort
Telefon/Handy	Geboren am
Email	Wenn Sie Veranstaltungshinweise wünschen, geben Sie bitte Ihre Email Adresse an.
Erziehungsber. / gesetzl. Betreuer	

Notfallnummern (bitte geben sie mindestens eine Telefonnummer an!)

Person 1	Telefon/Handy
Person 2	Telefon/Handy

Schwerbehindertenausweis Ja Nein

Art der Behinderung: _____

GdB _____ Merkzeichen B G aG H BI GI TBI Rf

befristet bis: _____ unbefristet

Wertmarke vorhanden: Ja Nein

Parkausweis vorhanden: Ja Nein

Pflegegrad 1 2 3 4 5
 Kein Pflegegrad

Grundfragebogen Freizeit-Angebote

Gesundheitsfragen

Haben Sie Allergien	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	Was ist zu beachten?
Ist Medikamenteneinnahme notwendig?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist die Überwachung und/oder Abgabe der Einnahme/Medikamente durch uns notwendig?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, selbständige Einnahme
.	
Leiden Sie unter Epilepsie?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte füllen Sie den <i>Zusatzfragebogen</i> (Grundfragebogen, Seite 6) aus.	
Liegen sonstige Erkrankungen vor?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche Erkrankungen? Was gilt es zu beachten?	

Grundfragebogen Freizeit-Angebote

Besondere Hinweise

Bitte beschreiben Sie die **Besonderheiten des Teilnehmers**, die für die BetreuerInnen während der Freizeit-Angebote wichtig sein können (z.B. herausfordernde Verhaltensweisen, fehlende Deutschkenntnisse, psychische Auffälligkeiten etc.). Diese Information wird benötigt, um die **bestmögliche Betreuung** gewährleisten zu können.

Bitte kreuzen Sie das gewünschte Essen an:

- Vegetarisch Sonstiges _____
- Keine Besonderheiten

Sind Lebensmittelallergien bekannt?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? Was darf nicht verzehrt werden?

Erlaubt – Verboten:

- Alkohol Ja Nein Art/Menge _____
- Tabak Ja Nein Art/Menge _____
- Sonstiges _____

Wird die Verwaltung des Taschengeldes benötigt?

- Ja Nein

Sind Sie verkehrssicher?

- Ja Nein

Grundfragebogen Freizeit-Angebote

Können Sie selbständig im tiefen Gewässer schwimmen?

- Ja Nein

Beim Schwimmen wird benötigt:

- Keine Hilfe Begleitung Hilfsmittel (z.B. Schwimmärmel)
 Begleitung und Hilfsmittel, und zwar: _____

Eine Schwimmerlaubnis wird erteilt?

- Ja Nein

Haben Sie in folgenden Bereichen zusätzlichen Hilfebedarf?

Körperpflege, Kleidungswechsel, Ernährung, Toilettengang, benötigt Hilfsmittel, Sonstiges

- Ja Nein

Wenn ja, bitte füllen Sie den **Zusatzfragebogen (Grundfragebogen, Seite 5)** aus.

Abrechnung der Angebote:

- Ich bin Selbstzahler
 Ich rechne über die Pflegekasse ab und zwar über:
 Verhinderungspflege § 39 SGB XI
 Entlastungsbetrag § 45 SGB XI

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir, die bei den Freizeit-Angeboten entstehen, veröffentlicht werden.

- Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Unterschrift des Erziehungsberechtigten/
des gesetzlichen Betreuers

Zusatzfragebogen für besonderen Hilfebedarf

RollstuhlfahrerIn: Ja nein

Umsitzen möglich: Ja nein

Besonderheit des Rollstuhl: _____

Größe des Rollstuhls (B x L): _____

Bei welchen Tätigkeiten ist Unterstützung notwendig? Bitte kreuzen Sie an.

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> Kleidungswechsel |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Pflegebedarf in der Nacht vorhanden | |
| <input type="checkbox"/> 1-Mal pro Nacht | |
| <input type="checkbox"/> _____-Mal pro Nacht (mehrmals) | |

Bitte beschreiben Sie hier ihren Unterstützungsbedarf möglichst genau:
(Wenn nötig, bitte Beiblatt verwenden)

Benötigte Hilfsmittel – Wenn ja, welche?

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|-----------------|----------------------------------------------|
| Pflegebett | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | |
| Galgen | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | |
| Lifter | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | |
| Duschstuhl | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | <input type="checkbox"/> kann ich mitbringen |
| Duschhocker | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | <input type="checkbox"/> kann ich mitbringen |
| Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | <input type="checkbox"/> kann ich mitbringen |
| Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> | falls verfügbar | <input type="checkbox"/> kann ich mitbringen |

Sonstiger Hilfebedarf – Wenn ja, bitte Beschreibung des Assistenzbedarfes:

Zusatzfragebogen für Menschen mit Epilepsie

Wie oft treten Anfälle auf? ca. ____ pro Tag / pro Woche / pro Monat

Wann treten die Anfälle meistens auf?

morgens tagsüber nachts

Um welche Art von Anfällen handelt es sich?

Wie verläuft in der Regel ein Anfall? (Vorzeichen, Ablauf, Dauer, etc.)

Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Entsprechende Vorbeugemaßnahmen:

(Notfall)-Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?
