



Familienbogen

Teilnehmer / Teilnehmerin

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift/Telefon: _____

Krankenkasse:

Krankenversicherungs-Nr.: _____

Name / Anschrift: _____

Pflegegrad: keinen 0 1 2 3 4 5 (bitte ankreuzen)

§ 39 Verhinderungspflege ja nein davon für FaZ _____ €

Übertrag aus Kurzeitpflege: 806 € ja nein

§ 45b Entlastungsleistung: 125 € ja nein

§ 45a Abs 4 Übertrag aus Pflegesachleitung ja nein, falls ja _____ €

Eltern / gesetzl. Vertreter

Name: _____

Anschrift: _____

e-mail / Handy-Nr.: _____

Können wir uns in Notfällen an andere Kontaktpersonen wenden, z.B. Verwandte, Nachbarn oder gute Freunde?

Name / Telefon: _____

Anschrift: _____

Hausarzt

Name / Telefon: _____

Anschrift: _____

Einwilligungserklärung:

- Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit einer Berichterstattung über diese Veranstaltung, Fotos meines Kindes veröffentlicht werden (Presse, Flyer, Facebook, Homepage FaZ). Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Unterschrift: _____

Ernährung

	selbständig	braucht teilweise Unterstützung	ist auf Hilfe angewiesen
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ess- und Trinkgewohnheiten / Besonderheiten (Vorlieben, Essverhalten..):

Hygiene

	selbständig	braucht Aufforderung/ Kontrolle	braucht teilweise Unterstützung	ist auf Hilfe angewiesen
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege				
Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation	<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"/>

Toilettengang / Hilfsmittel

Falls die Person eines der unten genannten Hilfsmittel nutzt, bitten wir Sie um nähere Erklärungen (wann, wie oft, welche Hilfe benötigt wird usw.):

- Einlauf: _____
- Windeln: _____
- Toilettensstuhl: _____
- Urinflasche: _____
- Toilette: _____
- Töpfchen: _____

Bewegung / Mobilität

- sitzt im Rollstuhl kann einige Schritte gehen
- ist vollständig auf den Rollstuhl angewiesen

benutzt Gehwagen

benutzt Gehstock

benötigt beim Gehen jederzeit Stütze/Handführung

benötigt Beinschienen, Stützen oder dergleichen

Hinweise zum Tragen: _____

ist in der Lage kurze Strecken zu gehen (Spaziergänge)

ist in der Lage längere Strecken zu gehen (Wanderungen)

Sonstiges (z.B. Weglauf-Tendenz): _____

Sprache / Kommunikation

- kann sich sprachlich mitteilen:
- in vollem Umfang
 - ist eingeschränkt
 - ist dazu nicht in der Lage
 - kann Bedürfnisse auf andere Weise mitteilen (z.B. durch Gestik)

Sonstiges: _____

Wahrnehmung

Hat der Teilnehmer / die Teilnehmerin Einschränkungen im:

Sehen _____

Hören _____

Schmerzempfinden _____

Sonstiges: _____

Sozialverhalten

- Gruppenverhalten: integriert sich eher schüchtern
 zieht sich zurück kontaktfreudig/offen
 braucht eine Bezugsperson

- Verhalten in
Stress-Situationen: wird nervös wird aggressiv gegen sich selbst
 bleibt gelassen wird aggressiv gegen andere
 schnell aufbrausend wird aggressiv gegen Gegenstände

Wie sollte gegebenenfalls reagiert werden?

Schlafverhalten

Muss der Teilnehmer / die Teilnehmerin aufgrund der Behinderung nachts gedreht werden?

- ja nein

Besonderheiten (z.B. besonderer Schlaf-Wach-Rhythmus / Mittagsschlaf):

Freizeitgestaltung / besondere Neigungen und Vorlieben

Sport: _____

Lieblingsspiele: _____

Aktivitäten in der Natur: _____

Sonstiges: _____

Gesundheit

Wie ist der aktuelle Gesundheitszustand?

Bestehen Allergien / worauf ist dabei zu achten?

Welche Impfungen bestehen?

_____ Datum letzte Tetanusimpfung: _____

Wann war der letzte Krankenhausaufenthalt? (bitte geben Sie hier auch wichtige Operationen an, die bei einem möglichen Arztbesuch bekannt sein sollten):

Für Personen mit Epilepsie

wann war der letzte Anfall: _____

wie häufig treten Anfälle auf: _____

Bitte beschreiben Sie den typischen Verlauf eines Anfalls und wie zu reagieren ist:

Wird ein Notfallmedikament verabreicht:

Name: _____ Dosierung: _____

Nach welcher Anfallsdauer soll das Medikament verabreicht werden: _____

Was ist nach dem Anfall zu beachten (Teilnehmer braucht Ruhe, schläft etc.):

Medikamente

Name des Medikaments	Morgens Uhrzeit: ... Dosierung ...	Mittags Uhrzeit: ... Dosierung ...	Abends Uhrzeit: ... Dosierung ...	Nachts Uhrzeit: ... Dosierung ...
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Wann sollten die Medikamente eingenommen werden:

- vor dem Essen
- während dem Essen
- nach dem Essen

Für die Betreuer/-innen ist es von Bedeutung, zu welchem Zweck die Medikamente eingesetzt werden. Daher möchten wir Sie bitten, wenn möglich, das Anwendungsgebiet der obigen Arzneimittel anzugeben:

Medikament Nr. 1: _____

Medikament Nr. 2: _____

Medikament Nr. 3: _____

Medikament Nr. 4: _____

Medikament Nr. 5: _____

Die Einnahme des Medikaments: erledigt der Teilnehmer / die Teilnehmerin selbst
 muss von Betreuer/-in überprüft werden
 muss von Betreuer/-in verabreicht werden

Welche Medikamente dürfen nicht eingenommen werden: _____

Mit Ihrer Anmeldung gelten unsere Anmelde- und Teilnahmebedingungen als anerkannt. Wir weisen darauf hin, dass die pädagogische Verantwortung bei den Eltern liegt und im Schadensfall deren Versicherung eintritt.

Sonstiges

Was sollten wir sonst noch wissen und beachten (Alkohol, Geld, Sexualverhalten, Probleme, Gewohnheiten u.a.)? Sie können gerne auch die Rückseite verwenden.

Ort / Datum: _____ Unterschrift: _____