



## 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: \_\_\_\_\_