

Name Teilnehmer:in:

.....

Erstellungsdatum:

.....

Bitte
Foto
einfügen

Assistenzbogen

Angaben zur Person

Name

Vorname

männlich

weiblich

divers

Telefon

Geburtsdatum

Krankenversicherungs-Nr.

Krankenkasse

Hausarzt:in

Telefonnummer der Praxis

Kontaktperson

Kontaktperson:

Eltern

Angehörige

päd. Mitarbeiter:in

Betreuer:in

sonstige Personen

Name

Telefon

E-Mail

Notfall-Nummer (muss während der Veranstaltung Tag und Nacht erreichbar sein.)

Evtl. weitere Nummer

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine verpflichtende Angabe handelt!

Angaben zur Behinderung

Art der Behinderung

geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>
Körperbehinderung	<input type="checkbox"/>	psychische Behinderung	<input type="checkbox"/>

Diagnosen

Weitere Angaben zur Diagnose

Lesen / Schreiben

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Bemerkung: (z.B. Lautieren, Talker, Gebärden etc.)

Sprechen

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	mit unterstützung	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Schwierigkeiten bei der körperlichen Wahrnehmung

ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Optische Wahrnehmung

leichte Sehschwäche	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

gravierende Sehschwäche	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Erblindung	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Akustische Wahrnehmung

leichte Hörschwäche	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

gravierende Hörschwäche	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Angaben zur Behinderung

Liegt ein Pflegegrad vor? ja nein

Wenn ja, welcher?

Welche Art der Begleitung ist erforderlich? intensive Aufsicht Einzelbegleitung (1:1)
keine von beiden

Liegt eine übertragbare Erkrankung vor? ja nein

Wenn ja, welche?

Wenn einer der folgenden Punkte zutrifft, bitte unbedingt Zusatzbogen Behandlungspflege (siehe Seite 13) ausfüllen und bitte bereits bei der Anmeldung Kontakt zu den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe NRW aufnehmen!

Anfallsleiden ja nein

Epilepsie ja nein
Wenn ja, bitte unbedingt Anfallsbogen (siehe Seite 9) ausfüllen!

Diabetes ja Typ: nein

Muss gespritzt werden? ja nein

Hirn-Shunt ja nein

Magensonde ja nein

Katheter ja nein

Medikation



Die aktuelle Medikation muss als Medikamentenverordnung (auch für Bedarfsmedikation!) nicht älter als vier Wochen vom behandelnden Arzt unterschrieben und am Anreisetag vorliegen. Liegt diese nicht vor, kann der / die Teilnehmer:in von der Veranstaltung ausgeschlossen werden.

Dosierung und Einnahme erfolgt selbstständig muss kontrolliert werden

muss übernommen werden

(Wie erfolgt die Einnahme? z.B. Löffel, mit Joghurt, etc.)

Bedarfsmedikation erfolgt selbstständig muss kontrolliert werden

muss übernommen werden

Notfallmedikation selbstständig muss kontrolliert werden

muss übernommen werden

Essen und Trinken

Unterstützung beim Essen ja nein Erinnerung

Besonderheiten bei Speisen

.....

.....

Passierte / pürierte Kost ja nein

Lebensmittelintoleranz / Allergien

.....

Schluckstörungen ja nein

Hilfe beim Trinken ja nein Erinnerung

Sonstiges

.....

.....

Hilfsmittel (z.B. Schnabeltasse, Tellerrand, Strohhalm, etc.)

.....

.....

Nachtwache

Falls eine Nachtwache erforderlich ist, setzen Sie sich bitte bereits bei der Anmeldung mit den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe NRW in Verbindung! Bitte beachten Sie, dass nicht bei allen Veranstaltungen eine Nachtwache vorhanden ist.

Nachtwache erforderlich ja nein

Wenn ja, warum?

.....

.....

Hilfsmittel in der Nacht (z.B. Babyphone, Urinflasche, Nachtlicht etc.) - Muss bitte mitgebracht werden.

.....

.....

Was hilft bei nächtlichen Verhaltensauffälligkeiten?

.....

.....

Körperpflege

Hilfsmittel	Brille	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>
	Gebiss	<input type="checkbox"/>	Prothese	<input type="checkbox"/> welche?
Falls Gebiss, Hilfe bei der Reinigung?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/> wie oft?
Unterstützung beim Zähneputzen?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>
Unterstützung beim Rasieren?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>
Unterstützung beim An- und Auskleiden?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Unterstützung beim Waschen / Duschen?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Unterstützung bei Monatshygiene?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Sonstiges

.....

.....

.....

.....

Körperpflege

Unterstützung bei Toilettengängen? nein Erinnerung

Begleitung Übernahme

Kann stehen? ja nein

mit Unterstützung

Transfer auf die Toilette nötig? ja nein

Wird ein Lifter benötigt? ja nein

Neigt zur Verstopfung ja nein

Wenn ja, ab wann welche Gegenmaßnahmen?

Besteht eine Harninkontinenz? ja nein

Besteht eine Stuhlinkontinenz? ja nein

Wenn ja, welches Inkontinenzmaterial wird benötigt? (z.B. Vorlagen, Pants, Urin-Flasche, Kondom-Urinal, etc.)

Bei Versorgung mit Katheter, Stoma etc., bitte den Zusatzbogen Behandlungspflege (siehe Seite 13) ausfüllen und bereits bei der Anmeldung Kontakt mit den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe NRW aufnehmen!

Verhalten- & Gefahreneinschätzung

Eigenständige Gefahreneinschätzung? ja nein

Wenn nein, bitte erläutern:

.....

.....

Besteht eine Gangunsicherheit? ja nein

Können Treppen eigenständig und sicher gestiegen werden? ja nein

Besteht eine Hinlauff Tendenz? ja nein

Wenn ja, wie ist die Ausprägung und gibt es Auslöser?

.....

.....

Wie sind die gewohnten Schlafzeiten? von: bis:

Wie ist die gewohnte Schlafposition?

.....

.....

Besteht ein gestörter Schlaf-Wach-Rythmus? ja nein

Wenn ja, äußert dieser sich?

.....

.....

Sicheres Verhalten im Straßenverkehr? ja nein

.....

Fügt sich oder anderen Schmerzen zu?

autoaggressives Verhalten? ja nein

fremdaggressives Verhalten? ja nein

In welchen Situationen?

.....

.....

Ängste, über die wir Bescheid wissen sollten?

.....

.....

Was hilft in Krisensituationen?

.....

.....

Sonstiges

.....

.....

Anfallbogen

Anfallsart

.....

Zu welchen Tageszeiten treten die Anfälle meistens auf?

.....

Zeitpunkt der letzten drei Anfälle (Monat/Jahr)

.....

Gibt es „Vorboten“, die einen Anfall ankündigen?

.....

.....

.....

Notfallmedikation (Was? Wann?)

.....

.....

Wann wird der Rettungsdienst gerufen?

.....

.....

Mobilität

Faltrollstuhl Rollstuhl mit Sitzschale Schiebehilfe Elektro-Rollstuhl

Lässt sich der Rollstuhl zusammenklappen? ja nein

Nutzung des Rollstuhls? ständig nur bei Ausflügen

Assistenz zum Schieben nötig? ständig nur bei Ausflügen keine

Assistenz beim Umsetzen nötig? ja nein

Muss während der Fahrt im Rollstuhl sitzen? ja nein

Steigen einer Stufe zum Einstieg ins Auto möglich? ja nein

Welche Maße hat der Rollstuhl? Höhe: Breite: Tiefe: Gewicht:

Pflegebett ja ja, mit Bettgitter

nein

Behindertenausweis? ja nein
(bitte mitbringen)

Merkzeichen? B G aG H BI GI %

Europäischer Parkausweis ja nein
(bitte mitbringen)

Weitere wichtige Informationen:

.....

.....

Interessen/Vorlieben:

.....

.....

Abneigungen:

.....

.....

Einverständniserklärung

Ich, Name, Vorname von Teilnehmer*in eintragen habe eine gesetzliche Betreuung. ja nein

Bei „ja“, bitte Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung eintragen:

Name: Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon: Fax: Mobil:

Der/Die Teilnehmer:in darf (bei „ja“ von der gesetzlichen Betreuung auszufüllen):

alleine den Veranstaltungsort verlassen ja nein

ohne Aufsicht ins Schwimmbad ja nein

kann schwimmen ja nein

darf mit Aufsicht ins Wasser? ja nein

im Kleinbus / Auto mitfahren ja nein

am Veranstaltungsort in Begleitung einer
Assistenz einen Arzt aufsuchen ja nein

Aus medizinischer Sicht ist der
Alkoholkonsum unbedenklich ja nein

Bemerkung:
.....

Taschengeld alleine verwalten ja nein

Anmerkung:
.....

Ich stimme zu, dass **nicht öffentliche** Fotos von dem / der Teilnehmer:in gemacht werden dürfen. (z.B. für Fotoalbum, Souvenir, etc.) ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Medikamente von Assistent:innen ohne pflegerische Fachausbildung verabreicht werden. Bitte beachten sie, falls Sie „NEIN“ ankreuzen, muss ein zusätzlicher Pflegedienst bestellt werden. Bitte setzen Sie sich hierfür unbedingt direkt nach der Anmeldung mit uns in Verbindung! ja nein

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt sorgfältig gelesen habe. Mit den oben angekreuzten Punkten bin ich einverstanden.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Einverständniserklärung

Ich, Name, Vorname von Teilnehmer*in eintragen habe eine gesetzliche Betreuung. ja nein

Bei „ja“, bitte Kontaktdaten der gesetzlichen Betreuung eintragen:

Name: Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon: Fax: Mobil:

Der/Die Teilnehmer:in braucht zur eigenen Sicherheit und unter einverständnis der gesetzlichen Bestimmungen folgende Dinge. (bei „ja“ von der gesetzlichen Betreuung auszufüllen):

Bettgitter	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Babyphone	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	ja, mit Kamera	<input type="checkbox"/>
Verschluss der Haustüre	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Transport im Rollstuhl	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt sorgfältig gelesen habe. Mit den oben angekreuzten Punkten bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift

Behandlungspflege

Bitte bei der Rücksendung dieses Bogens unbedingt die Verordnung des Arztes über häusliche Krankenpflege, sowie ggf. eine aktuelle Medikamentenverordnung beilegen!

Name:

Geburtsdatum:

Bei Diabetes: Wann wird gemessen?

Wo?

Welches Insulin?

Wo wird gespritzt?

Im Falle einer Versorgung mit Katheter oder Stoma: welche Art?

Was wird gemacht?

Wann / wie oft?

Sonstige Versorgung (z.B. Wundversorgung, PEG, Injektion, etc.)

Was?

Wann / wie oft?

Ergänzungen, Mitteilungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift