

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

Liegt eine Art der Behinderung vor?  ja  nein

Bei „JA“ - bitte Seite 3 und 4 ausfüllen.

Bei „NEIN“ - bitte zutreffende Punkte auf Seite 3 und 4 ankreuzen.

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  nein

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

.....

Sprechen  ja  nein  mit unterstützung

.....

Schwierigkeiten bei der körperlichen Wahrnehmung  ja  nein

.....

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?

Ist eine Einzelbegleitung erforderlich? ja  nein

Liegt eine übertragbare Erkrankung vor? ja  nein

Wenn ja, welche?

Wenn einer der folgenden Punkte zutrifft, bitte unbedingt Seite 8 „Behandlungspflege“ ausfüllen und bitte bereits bei der Anmeldung Kontakt zu den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe Bildung 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  Bemerkung: .....

Lebensmittelintoleranz / Allergien

Schluckstörungen ja  nein  Bemerkung: .....

Hilfe beim Trinken ja  nein  Erinnerung

Sonstiges (z.B. Lieblingsessen, Wunschessen oder besondere Angewohnheiten?)

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 Bildung 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?

# Grundpflege

Hilfsmittel	Brille	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Zahnspange	<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"/>	Übername	<input type="checkbox"/>

.....

.....

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

.....

.....

Sonstiges

.....

.....

.....

.....

# Grundpflege

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 einer pflegerischen Versorgung, die über die Grundpflege hinaus geht (z.B. Katheter, Stoma, Diabetes Spritzen etc.), bitte die nächste Seite „Behandlungspflege“ (siehe Seite 8) ausfüllen und bereits bei der Anmeldung Kontakt mit den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe Bildung NRW aufnehmen!**

# Behandlungspflege

Werden pflegerische Maßnahmen benötigt, die laut gesetzlicher Bestimmung unter die „Behandlungspflege“ fallen, bitte hier angeben:

Ja

Nein  (Bei Nein, weiter auf Seite 9)

**Bitte beachten Sie, dass eine Behandlungspflege nur von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt werden darf. In der Regel ist hierfür ein externer Pflegedienst notwendig, sollten keine Pflegefachkräfte an der Veranstaltung teilnehmen.**

**Wir unterstützen gerne bei der Organisation eines externen Pflegedienstes.**

Sollte ein externer Pflegedienst notwendig sein, wird unbedingt eine ärztliche Verordnung über die zu erbringende Leistung benötigt. Eine Abrechnung der pflegerischen Leistung erfolgt direkt über den externen Pflegedienst bzw. über die eigene Krankenkasse.

Grund der Behandlungspflege:

Injektion

Wundversorgung

Katheter

PEG / Magensonde

Stoma

Kompressionsverbände

Klistier

Sonstiges:

Was wird gemacht? (kurze Beschreibung ausreichend)

.....

.....

.....

In welchen Intervallen / Wie oft wird die jeweilige Pflege ausgeführt?

.....

.....

.....

Mit welchen Hilfsmitteln wird versorgt?

.....

.....

.....

Ergänzungen, Mitteilungen:

.....

.....

.....



# 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? (z.B. Tiere, Heimweh, Streit)

.....

Was hilft in Krisen- und Stresssituationen?

.....

Sonstiges

.....

# Anfallsbogen

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  Rollator  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)

# Interessen, Hobbys & Sonstiges

Interessen:

.....

.....

Hobbys:

.....

.....

Lieblingsspiel:

.....

.....

Lieblingssfilm / Lieblingsserie:

.....

.....

Das mag ich nicht / Abneigungen:

.....

.....

Weitere wichtige Informationen:

.....

.....

# Einverständniserklärung

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

ja  nein

Besteht eine Vormundschaft? (bis 18 Jahre)

ja  nein

Wenn beides „Nein“, bitte unbedingt die Kontaktdaten der sorgeberechtigten Person angeben.

**Kontaktdaten gesetzlichen Betreuung  / Vormundschaft  / Sorgeberechtigte Person  :**

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

E-Mail: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

## Der/Die Teilnehmer:in:

darf alleine den Veranstaltungsort verlassen (ab 16 Jahren) ja  nein

darf ohne Aufsicht ins Schwimmbad (ab 16 Jahren) ja  nein

kann schwimmen ja  nein

darf mit Aufsicht ins Wasser ja  nein

darf im Kleinbus / Auto mitfahren ja  nein

darf im Rollstuhl sitzend befördert werden ja  nein

darf am Veranstaltungsort in Begleitung  
einer Assistenz einen Arzt aufsuchen ja  nein

aus medizinischer Sicht ist der  
Alkoholkonsum (ab 16 Jahren) unbedenklich ja  nein

Anmerkung: .....

kann Taschengeld alleine verwalten ja  nein

Anmerkung: .....

## Der/Die Teilnehmer:in braucht zur eigenen Sicherheit und unter Einverständnis der gesetzlichen Bestimmungen folgende zusätzlichen Hilfsmittel:

Bettgitter ja  nein

Babyphone ja  nein

ja, mit Kamera

Verschluss der Haustüre ja  nein

(Fortsetzung auf Seite 13)

# Einverständniserklärung

Die Angaben auf Seite 11 des Assistenzbogens sind im Einverständnis der **gesetzlichen Betreuung / Vormundschaft / Sorgeberechtigten** Person getroffen worden.

ja nein 

## Weitere zustimmungspflichtige Angaben:

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.

ja nein 

**Bitte setzen Sie sich hierfür unbedingt mit uns in Verbindung.**

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt sorgfältig gelesen habe. Mit den angekreuzten Punkten auf Seite 11 und 12 bin ich einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
rechtsverbindliche Unterschrift

.....

# Informationsblatt

Sie haben diesen Bogen erhalten, weil Sie in Ihrer Anmeldung angegeben haben, dass Sie Unterstützung im Alltag benötigen.

Bitte achten Sie darauf, dass dieser Bogen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** ist. Nur so wissen wir, wie viele Assistent:innen wir benötigen, damit alle Menschen gut versorgt sind.

Geben Sie bitte **vorsorglich eine durchgehend zu erreichende Notfallnummer an** (siehe Seite 2).

Wenn eine gesetzliche Betreuung besteht oder eine Vormundschaft besteht brauchen wir für manches eine Einverständniserklärung.



Wir benötigen diesen Bogen **spätestens zwei Wochen nach Anmeldebestätigung** zurück.

Wir behalten uns vor, Teilnehmer:innen auszuschließen, wenn uns bis dahin nicht alle Angaben vorliegen.

Die Teilnehmer:innen werden hauptsächlich von ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen (Assistent:innen) betreut und versorgt. Sie werden durch eine Veranstaltungsleitung angeleitet und durch die verantwortliche Koordination ausgewählt. Es sind jedoch in der Regel keine Pflegefachkräfte.

Wenn Behandlungspflege nötig ist, müssen wir in der Regel einen Pflegedienst hinzuziehen. In diesem Fall ist eine ärztliche Verordnung zur häuslichen Krankenpflege notwendig. Die Organisation des Pflegedienstes übernehmen wir gerne.

Zum Beispiel bei: Versorgung mit Katheter, Stoma, SPK, PEG, Gabe von Injektionen, Wundversorgung, etc.)

Für einen guten Ablauf brauchen wir diese Informationen direkt nach der Anmeldung.

Ihre Ansprechpartner:innen sind:

Für "Weiterbilden"	
<b>Anton Seewald</b> Teamleitung E-Mail: <a href="mailto:weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de">weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de</a> Telefon: 02233 93245-210	<b>Agatha Hühn</b> Bildungsreferentin E-Mail: <a href="mailto:weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de">weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de</a> Telefon: 02233 93245-210
<b>Phyllis Voßkämper</b> Bildungsreferentin & Koordination Assistenzbereich E-Mail: <a href="mailto:weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de">weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de</a> Telefon: 02233 93245-210	<b>Anna Drews</b> Bildungsreferentin E-Mail: <a href="mailto:weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de">weiterbilden@lebenshilfe-nrw.de</a> Telefon: 02233 93245-210

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Lebenshilfe Bildung NRW gGmbH  
Abtstraße 21  
50354 Hürth  
Telefon: 02233 93245-0