

Info- und Notfall-Bogen

Vorname und Name vom Teilnehmer:		Geburts-Datum:
Adresse:		
Telefon:	Mobil-Telefon:	E-Mail:
Kranken-Kasse:	Pflege-Grad:	Versicherungs-Nummer:
Art der Behinderung:		Grad der Behinderung: %
		Merk-Zeichen:
Sonstige Erkrankungen:		
Gesetzliche Betreuung mit Adresse:		Telefon:
Haus-Arzt mit Adresse:		Telefon:

Medikamente:

- Ich brauche keine Tabletten, Tropfen oder Salben.
- Die Mitarbeiter der Lebenshilfe müssen mir meine Medikamente geben.
Die Medikamente sind vorgerichtet.
Eine Verordnung vom Arzt liegt den Offenen Hilfen vor.
- Ich nehme meine Medikamente selbstständig ein:

Medikament:	Anwendung:	Einnahme:

Anfälle:

- Ich bekomme Anfälle
Häufigkeit der Anfälle: _____
Mein Notfall-Medikament heißt: _____
- Ich bin anfallsfrei.
Seit _____ Jahren.

Behandlungs-Pflege:

- Blut-Zuckermessen Insulin spritzen nach Plan

Info-/Notfall-Bogen

Ernährung:

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normale Kost | <input type="checkbox"/> Schon-Kost | <input type="checkbox"/> vegetarisch |
| <input type="checkbox"/> kein Schweine-Fleisch | <input type="checkbox"/> ich brauche püriertes Essen | |
| <input type="checkbox"/> ich kann alleine essen | <input type="checkbox"/> mir muss das Essen gegeben werden | |
| <input type="checkbox"/> ich habe Hilfs-Mittel: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ich darf Alkohol trinken | <input type="checkbox"/> ich darf keinen Alkohol trinken | |

Verständigung:

- | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------------|---|
| Ich höre | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Ich trage ein Hör-Gerät. |
| Ich sehe | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schlecht | <input type="checkbox"/> Ich trage eine Brille. |
| Ich spreche | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> kurze Sätze | <input type="checkbox"/> einzelne Worte |
| | <input type="checkbox"/> nicht, ich habe ein Hilfs-Mittel: _____ | | |
| Ich verstehe | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> schwer | <input type="checkbox"/> Leichte Sprache |
| Ich kann | <input type="checkbox"/> lesen | <input type="checkbox"/> rechnen | <input type="checkbox"/> schreiben |
| Ich kenne | <input type="checkbox"/> Datum | <input type="checkbox"/> Uhr-Zeit | <input type="checkbox"/> Jahres-Zeit |
| Ich kann mit Geld umgehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Ich habe Angst vor: _____

Dann verhalte ich mich so: _____

Helfen würde mir: _____

Bewegung:

- | | | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Ich laufe | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> an der Hand | <input type="checkbox"/> mit Rollator |
| Ich laufe von der Gruppe weg | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich kenne die Verkehrs-Regeln | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich kann mich orientieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich habe einen Roll-Stuhl. | <input type="checkbox"/> Ich kann kurze Strecken zu Fuß gehen. | | |
| | <input type="checkbox"/> Ein paar Stufen überwinden. | | |
| | <input type="checkbox"/> Ich kann in ein Auto umsitzen. | | |
| | <input type="checkbox"/> Ich habe einen E-Roll-Stuhl. | | |
| | <input type="checkbox"/> Ich brauche jemand, der mich schiebt. | | |

Körper-Pflege:

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Ich gehe auf die Toilette | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> mit Erinnerung |
| Ich trage | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Einlagen | |
| Ich habe einen | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Urin-Beutel | <input type="checkbox"/> Urin-Flasche |
| Ich brauche diese Hilfe: | | | |

Hobbys:

- | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fernseh gucken | <input type="checkbox"/> Malen | <input type="checkbox"/> Basteln | <input type="checkbox"/> Lesen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ | | |

Datum: _____

Unterschrift: _____

