Info-/Notfall-Bogen			
Vorname und Name des Teilnehmers			Geburts-Datum
Adresse			
Telefon	Mobil-Telefon	E-Mail	
Kranken-Kasse	Pflege-Grad	Versicherungs-Nummer	
Art der Behinderung		Schwer-Behinderten-Ausweis: ___% Merk-Zeichen:	
Sonstige Erkrankungen			
Gesetzliche Betreuung mit Adresse			Telefon
Hausarzt mit Adresse			Telefon

Medikamente:

☐ Ich brauche keine Medikamente

☐ Ich möchte, dass die Mitarbeiter der Lebenshilfe verantwortlich für meine Medikamente sind und willige ein, dass

> nach einer aktuellen ärztlichen Verordnung Medikamente gegeben werden

> Medikamente vorgerichtet sind

☐ Ich nehme folgende Medikamente selbstständig ein:

Medikament:	Anwendung:	Einnahme:

Anfälle:

☐ Ich bekomme Anfälle ☐ bin seit ____ Jahren anfallfrei

☐ Häufigkeit der Anfälle _____

Mein Notfall-Medikament heißt: _____

Behandlungs-Pflege:

☐ Blut-Zucker messen ☐ Insulin nach ärztl. Plan spritzen _____

Info-/Notfall-Bogen

Ernährung:

☐ normale Kost ☐ Schon-Kost ☐ vegetarisch ☐ kein Schweine-Fleisch
☐ püriertes Essen ☐ kann alleine essen ☐ Essen muss gegeben werden
☐ Hilfsmittel für das Essen _____
☐ darf keinen Alkohol trinken ☐ darf Alkohol trinken, max. am Tag _____

Verständigung:

Ich höre	☐ gut	☐ schwer	☐ trage ein Hör-Gerät	
Ich sehe	☐ gut	☐ schlecht	☐ trage eine Brille	
Ich spreche	☐ gut	☐ kurze Sätze	☐ einzelne Worte	
Ich verstehe	☐ gut	☐ schwer	☐ leichte Sprache	
Ich kann		☐ lesen	☐ schreiben	☐ rechnen
Ich kenne		☐ Uhrzeit	☐ Datum	☐ Jahreszeit
Ich kann mit Geld umgehen		☐ ja	☐ nein	

Ich habe Angst vor _____
Dann verhalte ich mich so _____
Helfen würde mir _____

Bewegung:

Ich laufe	☐ alleine	☐ an der Hand	☐ mit Rollator
Ich laufe von der Gruppe weg	☐ ja	☐ nein	
Ich habe einen Rollstuhl	☐ kann aber kurze Strecken/Stufen überwinden		
	☐ kann auf einen Auto-Sitz umgesetzt werden		
	☐ brauche jemanden, der mich schiebt		
	☐ habe einen E-Rollstuhl		
Ich bin verkehrssicher	☐ ja	☐ nein	
Ich kann mich orientieren	☐ ja	☐ nein	☐ in bekannter Umgebung

Körper-Pflege:

Ich gehe auf die Toilette	☐ selbstständig	☐ mit Erinnerung	☐ mit Hilfe
Ich trage	☐ Windeln	☐ Urin-Beutel	☐ Bett-Flasche

Ich brauche folgende Hilfe _____

Hobbys:

☐ Fernseh gucken ☐ Malen ☐ Lesen ☐ Basteln
☐ Sonstiges _____

Datum _____ Unterschrift (gesetzlicher Betreuer) _____