



## 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  O bin seit \_\_\_\_ Jahren anfallfrei
- Häufigkeit der Anfälle \_\_\_\_\_
- Mein Notfall-Medikament heißt: \_\_\_\_\_

### Behandlungs-Pflege:

- Stütz-Strümpfe  Wunden versorgen  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- 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 ziehe mich an/aus       selbstständig       mit Hilfe       mit Kontrolle  
 Ich dusche       selbstständig       mit Hilfe       mit Kontrolle  
 Ich putze die Zähne       selbstständig       mit Hilfe       trage Prothese  
 Ich gehe auf die Toilette       selbstständig       mit Erinnerung       mit Hilfe  
 Ich trage       Windeln       Urin-Beutel       Bett-Flasche  
 Ich brauche folgende Hilfe \_\_\_\_\_

### Schlaf-Gewohnheiten:

- O schlafe nachts durch       Früh-Aufsteher       Lang-Schläfer  
 O brauche nachts Hilfe \_\_\_\_\_

### Hobbys:

- O Fernseh gucken       Malen       Lesen       Basteln  
 O Sonstiges \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (gesetzlicher Betreuer) \_\_\_\_\_