

# Mein Info-Bogen



Ich heiße: \_\_\_\_\_ Ich bin geboren am: \_\_\_\_\_

Ich bin:  ein Mädchen/eine Frau  ein Junge/ ein Mann  divers  
Divers bedeutet: Jemand fühlt sich nicht als Frau oder Mann.

Ich wohne: \_\_\_\_\_

Meine Nummer, auf der ich erreichbar bin: \_\_\_\_\_

Meine Behinderung: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Ich bin versichert bei der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nummer: \_\_\_\_\_

Mein Haus-Arzt ist: \_\_\_\_\_

Adresse vom Haus-Arzt: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer vom Haus-Arzt: \_\_\_\_\_

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer:  ja  nein

Wenn ja, welche Bereiche: \_\_\_\_\_

Name vom Betreuer: \_\_\_\_\_

Adresse vom Betreuer: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer vom Betreuer: \_\_\_\_\_

E-Mail vom Betreuer: \_\_\_\_\_

Es dürfen Fotos von mir gemacht und genutzt werden:  ja  nein

Ich muss Medikamente einnehmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich brauche Hilfe bei den Medikamenten-Einahmen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich habe Anfälle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Häufigkeit der Anfälle:	_____		
Mein Notfall-Medikament heißt:	_____		
Ich bin Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich brauche Hilfe	<input type="checkbox"/> Blut-Zucker messen	<input type="checkbox"/> Insulin spritzen	
Ich gehe auf Toilette	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Ich trage	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Windel	
Ich habe	<input type="checkbox"/> einen Katheter mit Beutel	<input type="checkbox"/> eine Urin-Flasche	
Ich brauche Hilfe bei:	_____		
Ich esse	<input type="checkbox"/> normale Kost	<input type="checkbox"/> Schon-Kost	
	<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> vegan	
	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	
Ich habe eine Unverträglichkeit	_____		
<b>Ab 18 Jahre:</b> <input type="checkbox"/> Ich darf Alkohl trinken. <input type="checkbox"/> Ich darf keinen Alkohol trinken.			
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 bin Rollstuhl-Faher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> Ich kann in ein Auto umsitzen.		
	<input type="checkbox"/> Ich kann ein paar Schritte gehen.		
	<input type="checkbox"/> Ich brauche vollständige Hilfe .		
Ich trage	<input type="checkbox"/> ein Hör-Gerät		<input type="checkbox"/> eine Prothese
Ich spreche	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> kurze Sätze	<input type="checkbox"/> einzelne Worte
Ich kann	<input type="checkbox"/> lesen	<input type="checkbox"/> schreiben	<input type="checkbox"/> rechnen
Ich kenne die Uhr-Zeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich kann mit Geld umgehen	<input type="checkbox"/> ja	mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe Angst vor	<input type="checkbox"/> Höhe	<input type="checkbox"/> Hunden	<input type="checkbox"/> _____

Datum

Unterschrift

