

Bitte füllen Sie den Bogen nach bestem Wissen aus. **Teil 1 und Teil 2** damit wir Betreuungen gut und sicher durchführen können. Für mit zu betreuende **Geschwister** brauchen wir **jeweils Teil 3**. Falls **Krampfanfälle** vorliegen, benötigen wir **Teil 4**. Für sonstige wichtige Informationen oder wenn der Platz nicht ausreicht nutzen Sie bitte **Teil 5**.

## Teil 1 Persönliche Angaben

Name der Klientin/des Klienten		Geb.Dat.	
Straße		Tel. Festnetz	Tel. Handy
Wohnort		Email Adresse	
Haben Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis ? Falls ja, Grad der Behinderung:		Haben Sie eine Wertmarke zur freien Nutzung von Bus und Bahn ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Bei Minderjährigen Teilnehmern</b>		<b>Wohnt im Wohnheim / ABW seit</b>	
Name, Anschrift und Telefon der Erziehungsberechtigten:		Anschrift:	
<input type="checkbox"/> leibl.Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Vormund		Telefon im Wohnheim:	
Liegt eine Behinderung, Erkrankung oder sonstige Beeinträchtigung vor? Wenn ja, welche?			
Zu welchen Beeinträchtigungen führt dies im Alltag?			
<b>Kommunikation</b>			
Ist eine sprachliche Verständigung möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Falls nein, wie ist sonst Verständigung möglich?			
Wie werden Bedürfnisse geäußert?			
Welche Äußerungen müssen besonders beachtet werden?			
<b>Umgang mit Geld</b>			
Selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterstützung notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, auf welche Weise?			

## Verhalten

Gibt es **Empfindlichkeiten, Ängste** oder **Verhaltensweisen** die zu berücksichtigen sind? Sollten bestimmte Situationen vermieden werden? (Straßenverkehr, Fremd-/Eigenaggression, weglaufen, Lärm-, Lichtempfindlichkeit, viele Menschen, etc.)

**Auf was muss während der Betreuung besonders geachtet werden?**

## Hilfsmittel / Mobilität

Sind medizinische Hilfsmittel nötig (Hörgeräte, Brille, Rollstuhl...)  ja  nein  
Wenn ja, welche?

Gibt es Beeinträchtigungen bei der Fortbewegung (z.B. unsicheres Gehen, Rollstuhl usw)  ja  nein  
Wenn ja, welche?

## MEDIKAMENTE

**Bitte beachten Sie: eine vom Arzt ausgefüllte Medikamentenverordnung muss beim Betreuungsbeginn vorliegen damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf! Bitte denken Sie auch bei jeder Änderung daran, die aktuelle Medikamentenverordnung vom Arzt vorzulegen.**

Werden Medikamente verabreicht?  ja  nein  
Medikamentenverordnung liegt vor  ja  nein  
Gibt es Medikamentenunverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

Hat die/der zu Betreuende Krampfanfälle?  ja  nein

**Wenn ja, bitte Teil 4 ausfüllen!**

## Sonstiges

Dürfen Fotos gemacht werden?  ja  nein  
Falls ja, bitte Fund Foto- und Medienerlaubnis ausfüllen

**Sollten betreuungsrelevante Änderungen eintreten, müssen diese vor der nächsten Betreuung mitgeteilt und ein neuer Grundfragebogen ausgefüllt werden!**  
Hiermit wird erklärt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht worden sind.

Datum: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Klientin/des Klienten: \_\_\_\_\_

## Teil 2 Lebenspraktische Verrichtungen

Hilfe ist nötig beim:	ja	nein	Besonderheiten:
Aufstehen / Zubettgehen			
Waschen			
Zähneputzen			
Frisieren			
Baden / Duschen			
Anziehen			
Ausziehen			
Schuhe binden			
Essen			
Trinken			
Gehen			
Treppensteigen			
Stuhlgang			
Blase entleeren			
Sonstige Besonderheiten z.B. Besondere Nachtaufsicht ?			

Bitte bei Bedarf Blatt 5 am Ende des Bogens verwenden

Dürfen alle Lebensmittel verzehrt werden ?  ja  nein  
 Falls nein, welche Lebensmittel sind zu vermeiden ?

Sonstige Besonderheiten zur Ernährung ? (pürierte Nahrung, Essenseingabe, besondere Form des Anrichtens, Strohhalm, etc.)

Was ist beim Tagesablauf zu beachten? (Essens-, Schlafenszeit, Einschlafgewohnheiten etc.)

Welche Unternehmungen oder Tätigkeiten mag die Klientin/der Klient besonders gern ?

Welche Unternehmungen oder Tätigkeiten sollen vermieden werden ?

Dürfen Ausflüge unternommen werden ?  ja  nein  
 wenn ja  zu Fuß  mit PKW  nach Ermessen der Betreuungskraft

### Teil 3 **Geschwister, die mit betreut werden sollen**

Wenn Platz nicht reicht, bitte extra Blatt beilegen. Bei mehreren Geschwistern bitte Blatt kopieren, bei uns anfordern oder herunterladen [www.lebenshilfe-oal.de](http://www.lebenshilfe-oal.de)

Pro Betreuungskraft können maximal 2 Geschwisterkinder mit betreut werden. Ab 3 Geschwisterkindern muss eine 2. Betreuungskraft eingesetzt werden.

**Kinder bedürfen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres einer Betreuung. Abweichungen müssen gesondert schriftlich vermerkt werden.**

Name:

Geb. Dat.:

Gibt es Behinderungen oder Beeinträchtigungen? Wenn ja, welche?

Werden Medikamente verabreicht?

ja

nein

Wenn ja, welche?

**Bitte beachten Sie: auch hier muss eine, vom Arzt ausgefüllte Medikamentenverordnung beim Betreuungsbeginn vorliegen, damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf!**

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten

ja

nein

Wenn ja, welche?

Liegt ein Anfallsleiden vor?  ja

nein

**Wenn ja bitte Teil 4 ausfüllen!**

Gibt es Besonderheiten bei der sprachlichen Verständigung? Wenn ja, Welche?

Besonderheiten im lebenspraktischen Bereich? Welche? (z.B. Anziehen, Toilettengang, etc.)

Was gibt es sonst noch während der Betreuung beim Geschwisterkind zu beachten? (z.B. Besonderheiten bei der Ernährung, im Straßenverkehr, etc.)

**Sollten Änderungen eintreten, müssen diese vor der nächsten Betreuung mitgeteilt und ein neuer Grundfragebogen ausgefüllt werden!**

Hiermit wird erklärt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht worden sind.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

## Teil 4 Krampfneigung / Krampfanfälle / Epilepsie

Bei wem liegt eine Krampfneigung / Krampfanfälle / Epilepsie vor?

Art des Anfalls?

Welche Vorzeichen gibt es ?

Wie läuft ein Anfall ab?

Wie lange dauert ein Anfall in der Regel?

Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Welche?

Wie kann vorgebeugt werden?

Verhaltensmaßregel während des Anfalls

Müssen während des Anfalls Medikamente verabreicht werden ?  ja  nein

**Bitte beachten Sie: eine vom Arzt ausgefüllte Medikamentenverordnung muss beim Betreuungsbeginn vorliegen, damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf! Die Betreuungskraft muss genau eingewiesen werden.**

Unter welchen Umständen muss der Notarzt gerufen werden?

**Sollten Änderungen eintreten, müssen diese vor der nächsten Betreuung mitgeteilt und ein neuer Grundfragebogen ausgefüllt werden!**

Hiermit wird erklärt, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht worden sind.

Datum: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Klientin/des Klienten: \_\_\_\_\_

