



Ich-Bogen BFS

Bitte machen Sie vollständige und ausführliche Angaben!

Teilnahme an folgendem Angebot:

Teilnehmer*in:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße/Haus-Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Angaben zur Behinderung/ Grunderkrankungen/ weitere gesundheitliche Einschränkungen:

Ansprechpartner*in (auch während des Angebotes erreichbar):

Name _____ Vorname _____ Telefon/ ggf. Handy _____

Folgende Hilfsmittel werden mit zu den Gruppen gebracht:

Rollstuhl E-Rolli Rollator

Sehvermögen	gut <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Sehhilfe <input type="checkbox"/>
Hörvermögen	gut <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	Hörgerät <input type="checkbox"/>
Sprech-/ Sprachvermögen	gut <input type="checkbox"/>	eingeschränkt <input type="checkbox"/>	
Nutzen Sie eine Kommunikationshilfe?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
wenn ja, welche?			

Liegt eine Anfallserkrankung vor? (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann war der letzte epileptische Anfall?	Datum: _____	
Notfallmedikament? (Wenn ja, „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen Diabetes vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Notfallmedikament? (Wenn ja, Anlage „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diät? Verbotene Nahrungsmittel? Allergie?		



Sind Hilfestellungen beim Toilettengang nötig?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
wenn ja:	Aufforderung	<input type="checkbox"/>	Begleitung	<input type="checkbox"/>
Nutzen Sie Inkontinenzhilfen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Finden Sie sich i. d. Regel in Gruppen zurecht?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
wenn nein, können dabei Probleme auftreten?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche und wie kann darauf reagiert werden?				
Sind sie verkehrssicher?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
	bedingt	<input type="checkbox"/>		
Besteht die Gefahr des „Weglaufens“?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Haben Sie besondere Abneigungen/ Ängste?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>				
wenn ja, welche und wie kann drauf reagiert werden:								
Reagieren Sie in manchen Situationen aggressiv?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>				
wenn ja:	Verbal-aggressiv	<input type="checkbox"/>	Autoaggressiv	<input type="checkbox"/>	körperlich aggressiv	<input type="checkbox"/>	Fremd-aggressiv	<input type="checkbox"/>
Auslösende Faktoren Und wie kann drauf reagiert werden?								

Liegen bei Ihnen psychische Besonderheiten vor?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>				
Wenn ja:	Depressionen	<input type="checkbox"/>	Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	Zwänge/ Stereotypien	<input type="checkbox"/>	Unruhe-/Erregungszustände	<input type="checkbox"/>
Erscheinungsformen:								



Für Freizeitangebote:

Sind Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme/ Trinken erforderlich?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
wenn ja:	Aufforderung	<input type="checkbox"/>	Anleitung	<input type="checkbox"/>
	Anreicherung	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
Folgende Hilfsmittel werden benötigt:				
Trinken Sie:	Cola	<input type="checkbox"/>	Art/ Menge:	
	Kaffee	<input type="checkbox"/>	Art/ Menge:	
	Alkohol	<input type="checkbox"/>	Art/ Menge:	
Gibt es Nahrungsmittel/ Getränke, die Sie nicht vertragen?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?				
Müssen Ihnen Mengen beim Essen oder Trinken vorgegeben werden?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift



Anlage:

Angaben zur Vergabe von Medikamenten

Name der teilnehmenden Person: _____ geb. am _____

Den Bogen bitte vollständig und gut leserlich in Blockschrift ausfüllen!!!

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel. Nr.: _____ Mobil. Nr.: _____

Angaben zur Medikation:

Bitte nur die Medikamente angeben, die während des Angebots verabreicht werden.

Medikament	Dosierung				
	morgens	mittags	nachmittags	abends	nachts

Angaben Notfallmedikament:

Bezeichnung und Dosierung: _____

Wo befindet sich das Notfallmedikament: _____

Ich erteile den zuständigen Mitarbeitenden der Lebenshilfe Mülheim die Erlaubnis, zur Gabe der o.g. Medikamente. Ich bestätige, dass die Mitarbeitenden in die fachgerechte Vergabe der Medikamente eingewiesen wurden. Zudem schließe ich die zuständigen Mitarbeitenden und die Lebenshilfe Mülheim von jeglicher Haftung, die Medikamentenvergabe betreffend, aus. Ein ärztliches Attest über die Notwendigkeit der Medikation fügen wir fortlaufend bei.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte Person/
gesetzliche Vertretung/ Sorgeberechtigte Person