



Ich-Bogen Sport

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

eingeschränkt

Sehhilfe

Hörvermögen

gut

eingeschränkt

Hörgerät

Sprech-/ Sprachvermögen

gut

eingeschränkt

Nutzen Sie eine Kommunikationshilfe?

Ja

Nein

wenn ja, welche?

Hausarzt der teilnehmenden Person:

Name

Vorname

Telefon/ ggf. Handy

Liegt eine Anfallserkrankung vor? (Epilepsie)

Ja

Nein

Wann war der letzte epileptische Anfall?

Notfallmedikament? (Wenn ja, „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)

Ja

Nein

Wo befindet sich das Notfallmedikament?

Liegt bei Ihnen Diabetes vor?

Ja

Nein



Notfallmedikament? (Wenn ja, „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wo befindet sich das Notfallmedikament?				
Diät? Verbotene Nahrungsmittel? Allergie?				

Ich erteile den Mitarbeitenden der Lebenshilfe Mülheim an der Ruhr e.V. die Erlaubnis, der o. g. Person im Bedarfsfall die aufgeführten und zu diesem Zweck mitgegebenen Medikamente zu verabreichen:

Ja Nein

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/ Stereotypen	<input type="checkbox"/>
			Unruhe-/Erregungszustände	<input type="checkbox"/>
Erscheinungsformen:				

Ort, Datum

Unterschrift