



Ich-Bogen Freizeit

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?				
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, „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
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"/>

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"/>

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?				



				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:								

Ort, Datum

Unterschrift