

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 _____

Angaben zur Behinderung

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?			

Hausarzt der teilnehmenden Person:

Name _____ Vorname _____ Telefon/ ggf. Handy _____

Liegt eine Anfallserkrankung vor? (Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann war der letzte epileptische Anfall?		
Notfallmedikament?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welches? (Bitte genaue Bezeichnung angeben, mg, PZN)	Verabreichung (Dosierung im Bedarfsfall)	
Liegt bei Ihnen Diabetes vor?	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

Bitte wenden!

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 man darauf reagieren?				
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