

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	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? Allergien?				

Ich erteile den Mitarbeitenden der Lebenshilfe Koblenz 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 und 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 einer Hinlauftendenz?	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 darauf reagiert werden?					
Reagieren Sie in manchen Situationen aggressiv?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Verbalaggressiv <input type="checkbox"/>	Autoaggressiv <input type="checkbox"/>	Körperlich aggressiv <input type="checkbox"/>	Fremdaggressiv <input type="checkbox"/>	
Auslösende Faktoren Und wie kann darauf reagiert werden?					

Liegt bei Ihnen eine psychische Erkrankung vor?		Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Depressionen <input type="checkbox"/>	Wahn- vorstellungen <input type="checkbox"/>	Zwänge/ Stereotypien <input type="checkbox"/>	Unruhe/ Erregungszustände <input type="checkbox"/>	
Erscheinungsformen:					

Hinweis: Während den Angeboten können Fotos gemacht werden.
Für die Verwendung eines Bildes, das nur dich zeigt, für öffentliche Zwecke (Homepage, LH-Magazin, etc.) durch die Offenen Hilfen, würden wir gezielt nochmals auf dich/Sie zukommen und eine schriftliche Erlaubnis zur Veröffentlichung einholen.

Hinweis: Am Jahresanfang ist die Verhinderungspflege §39 SGB XI sowie die mögliche Umwandlung der Kurzzeitpflege §42 SGB XI bei Ihrer Pflegekasse zu beantragen!
Bitte senden Sie uns eine Kopie der Kostenzusage/des Bescheides.

Falls Medikamente verabreicht werden und / oder eine Epilepsie vorliegt, reiche ich eine aktuelle ärztliche Verordnung mit Unterschrift des Arztes ein. Bei Änderungen lege ich den Offenen Hilfen/FUD schnellstmöglich eine aktuelle Verordnung vor.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ich stimme zu, dass die personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und an die Begleiter:innen unserer Angebote weitergegeben werden.

Diese Erklärung ist bis auf Widerruf verbindlich.

Ort, Datum

Unterschrift Nutzer:in

Ort, Datum

Unterschrift gesetzl. Betreuer:in/Erziehungsberechtigte:r

(Sofern eine gesetzliche Betreuung vorhanden ist oder bei Minderjährigen mindestens ein/e Sorgeberechtigte:r)