

Anamnesebogen 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/Mobilnummer

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?

Liegt eine Anfallserkrankung vor? (Epilepsie)	Ja	☐	Nein	☐
Wann war der letzte epileptische Anfall?				
Notfallmedikament? (Wenn ja: „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)	Ja	☐	Nein	☐
Liegt bei Ihnen eine Diabeteserkrankung vor?	Ja	☐	Nein	☐
Notfallmedikament? (Wenn ja, „Angabe zur Vergabe von Medikamenten“ ausfüllen)	Ja	☐	Nein	☐
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	☐	Nein	☐
Wenn ja:	Aufforderung	☐	Begleitung	☐
Nutzen Sie Inkontinenzhilfen?	Ja	☐	Nein	☐

Sind Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme/Trinken erforderlich?	Ja	☐	Nein	☐
Wenn ja:	Aufforderung	☐	Anleitung	☐
	Anreicherung	☐	Hilfsmittel	☐
Folgende Hilfsmittel werden benötigt:				
Trinken Sie	Cola	☐	Art/Menge	
	Kaffee	☐	Art/Menge	
	Alkohol	☐	Art/Menge	
Gibt es Nahrungsmittel/ Getränke, die Sie nicht vertragen?	Ja	☐	Nein	☐
Wenn ja, welche?				
Müssen Ihnen Mengen beim Essen und Trinken vorgegeben werden?	Ja	☐	Nein	☐

Finden Sie sich i.d. Regel in Gruppen zurecht?	Ja	☐	Nein	☐
Wenn nein, können dabei Probleme auftreten?	Ja	☐	Nein	☐
Wenn ja, welche und wie kann darauf reagiert werden:				
Sind Sie verkehrssicher?	Ja	☐	Nein	☐
	bedingt	☐		
Besteht die Gefahr einer Hinlauftendenz?	Ja	☐	Nein	☐

Haben Sie besondere Abneigungen/ Ängste?		Ja	☐	Nein	☐
Wenn ja, welche und wie kann darauf reagiert werden?					
Reagieren Sie in manchen Situationen aggressiv?		Ja	☐	Nein	☐
Wenn ja:	Verbalaggressiv ☐	Autoaggressiv ☐	Körperlich aggressiv ☐	Fremdaggressiv ☐	
Auslösende Faktoren Und wie kann darauf reagiert werden?					

Liegt bei Ihnen eine psychische Erkrankung vor?		Ja	☐	Nein	☐
Wenn ja:	Depressionen ☐	Wahnvorstellungen ☐	Zwänge/ Stereotypen ☐	Unruhe/ Erregungszustände ☐	
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.

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)