

## Information über die Teilnehmer an Freizeitangeboten /FUD

Ihre hier gemachten Angaben werden von uns vertraulich behandelt. Sie dienen als Information für die betreuenden Personen des jeweiligen Freizeitangebotes. Änderungen bitte immer zeitnah mitteilen.

### Teilnehmer:

|                                       |                         |  |   |
|---------------------------------------|-------------------------|--|---|
| <b>Name</b>                           | <input type="text"/>    | <b>Vorname</b>   | <input type="text"/>                                      |
| <b>Straße/<br/>Hausnr.</b>            | <input type="text"/>    | <b>Geb.-Datum</b>  | <input type="text"/>                                      |
| <b>PLZ</b>                            | <input type="text"/>    | <b>Wohnort</b>   | <input type="text"/>                                      |
| <b>Telefon</b>                        | <input type="text"/>    | <b>Mobil</b>   | <input type="text"/>                                      |
| <b>Krankenkasse</b>                   | <input type="text"/>    | <b>Vers.-Nr.</b>   | <input type="text"/>                                      |
| <b>Schwerbehinderten-<br/>ausweis</b> | <b>Behinderungsgrad</b> | <b>Wertmarke<br/>vorhanden</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                                       | <b>Merkzeichen</b>      | <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H |   |

**Pflegegrad:** ☐ keine Pflegegrad ☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad 5

aktuelle Schule/ Kita:

Arbeitgeber:

☐ Freier Arbeitsmarkt

☐ Werkstatt für Menschen mit Behinderung

Wo:

**Wohnhaft**

☐ bei Eltern

☐ eigene  
Wohnung

☐ Wohnheim

☐ bei:

**Betreutes  
Wohnen/Wohnheim ?  
Anschrift  
Leistungsanbieter**

### Gesetzlicher Betreuer/ Erziehungsberechtigter:

|                            |                      |                |                      |
|----------------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| <b>Name</b>                | <input type="text"/> | <b>Vorname</b> | <input type="text"/> |
| <b>Straße/<br/>Hausnr.</b> | <input type="text"/> |                |                      |
| <b>PLZ</b>                 | <input type="text"/> | <b>Wohnort</b> | <input type="text"/> |
| <b>Telefon</b>             | <input type="text"/> | <b>Mobil</b>   | <input type="text"/> |
| <b>E-Mail</b>              | <input type="text"/> |                |                      |

|  |                                      |                                     |  |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>Wirkungskreis</b>   |                                      |                                     |  |
| <b>Wer soll im Notfall informiert werden?</b><br>(Die hier angegebene Person sollte ständig erreichbar sein. Änderungen bitte dringend mitteilen.) |                                      |                                     |  |
| <b>Name</b>  |                                      | <b>Vorname</b>                      |  |
| <b>Straße/<br/>Hausnr.</b>   |                                      |                                     |  |
| <b>PLZ</b>   |                                      | <b>Wohnort</b>                      |  |
| <b>Telefon</b>   |                                      | <b>Mobil</b>                        |  |
| <b>Funktion</b>  |                                      |                                     |  |
| <b>Art der Behinderung / Beeinträchtigung</b>  |                                      |                                     |  |
| <b>Geistige Behinderung</b>  | <input type="checkbox"/> Ja, welche: |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Körperbehinderung</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, welche: |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Sehbehinderung</b>  | <input type="checkbox"/> Ja, welche: |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Hörbeeinträchtigung</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, welche: |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Autismus-Spektrum-Störung</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, Art:    |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Sonstiges</b>   |                                      |                                     |  |
| <b>Rollstuhlfahrer</b>   | <input type="checkbox"/> Ja          |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Hilfsmittel</b><br>(Hörgeräte, Rollator, Gehstock...)   |                                      |                                     |  |
| <b>Angaben zum Unterstützungsbedarf</b>  |                                      |                                     |  |
| <b>Aufsicht notwendig?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, weil    |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Verkehrsunsicherheit?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, weil    |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Gangunsicherheit ?</b>  | <input type="checkbox"/> Ja, weil    |                                     | Nein <input type="checkbox"/>            |
| <b>Umgang mit Geld</b>   | <input type="checkbox"/> selbständig | <input type="checkbox"/> mit Hilfe  | <input type="checkbox"/> stellvertretend |
| <b>besteht örtliche Orientierung ?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja          | Nein, weil <input type="checkbox"/> |  |

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <b>Nahrungsaufnahme</b>  | <input type="checkbox"/> selbständig               | <input type="checkbox"/> Essen anreichen | <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen       |
| <b>Toilettenbenutzung</b>  | <input type="checkbox"/> selbständig               | <input type="checkbox"/> Erinnerung      | <input type="checkbox"/> Begleitung               | <input type="checkbox"/> Assistenz              |
| <b>Körperpflege</b>  | <input type="checkbox"/> selbständig               | <input type="checkbox"/> Erinnerung      | <input type="checkbox"/> Anleitung                | <input type="checkbox"/> Vollständige Übernahme |
|  | <input type="checkbox"/> Hilfe bei:                |  |   |   |
| <b>Inkontinenz</b>   | <input type="checkbox"/> Ja, Materialwechsel durch | <input type="checkbox"/> Betreuer        | <input type="checkbox"/> Klient                   | Nein <input type="checkbox"/>                   |
| <b>besteht zeitliche Orientierung ?</b><br>(Umgang mit der Uhr)  | <input type="checkbox"/> Ja                        |  |   | Nein <input type="checkbox"/>                   |
| <b>Fremdaggressionen</b><br>(gegen Personen oder Gegenstände)  | <input type="checkbox"/> Ja, wenn:                 |  |   | Nein <input type="checkbox"/>                   |
|  | Hinweise:  |  |   |   |
| <b>Autoaggressionen</b><br>(gegen sich selbst)   | <input type="checkbox"/> Ja, wenn:                 |  |   | Nein <input type="checkbox"/>                   |
|  | Hinweise:  |  |   |   |
| <b>besonderes Verhalten</b><br>(herausforderndes Verhalten, Panik, Ängste, Wut)  |  |  |   |   |
| ⇒ Hinweise für Betreuer  |  |  |   |   |
| <b>Sonstiges</b>   |  |  |   |   |
| <b>Bei speziellen pflegerischen Erfordernissen oder besonderem Aufsichtsbedarf z.B. einer Einzelbetreuung, müssen entsprechende Informationen vorliegen.</b> |  |  |   |   |

## Medizinische Besonderheiten

### Allergien

☐ Ja, Art:

Nein

☐

### Diabetes / Zuckerkrankheit

☐ Ja

Nein

☐

### insulinpflichtig

☐ Ja

selbständige  
Verabreichung

☐ Ja

Assistenz

☐ Ja

### Medikamenteneinnahme

☐ Ja

Nein

☐

### Besondere Ernährung

(glutenfrei, Diabetes, Laktose)

☐ Ja, welche:

  
  


Nein

☐

### Epilepsie/Anfallsleiden

☐ Ja

Nein

☐

### Beschreibung der Anfälle

(Anzeichen, Wann treten die Anfälle häufig  
auf? Etc.)

### letzter Anfall

  
  


### Notfallmedikamente

☐ Ja

Nein

☐

### Sonstiges

## Einverständniserklärungen

Der Teilnehmer darf nach Ende eines Freizeitangebotes  
eigenständig den Veranstaltungsort / Ankunftsort verlassen

☐ Ja

☐ Absprache

☐ Nein

Absprache

Der Teilnehmer darf während Freizeitveranstaltungen Alkohol  
konsumieren.

☐ Ja

☐ Absprache

☐ Nein

Absprache

Der Teilnehmer darf an betreuten Schwimmangeboten teilnehmen  
(Begleitung durch geschultes Personal oder Bademeister)

☐ Ja

☐ Nein

☐ Schwimmer

☐ Nicht-Schwimmer

☐

Der Teilnehmer darf durch die Mitarbeiter der Lebenshilfe  
Euskirchen mit den betrieblichen Fahrzeugen befördert werden

☐ Ja

☐ Nein

Aufnahme und Veröffentlichung von Fotos und Videos

☐ Ja

☐ Nein

Vergabe von Medikamenten durch die Mitarbeiter der Lebenshilfe  
Euskirchen, auch wenn dieser nicht über eine medizinische  
Fachausbildung verfügt

☐ Ja

☐ Nein

**Hiermit erkläre ich mich mit den oben aufgeführten und angekreuzten Themen einverstanden.**

## Betreuungsgesuch

Teilnahme an Gruppenangeboten erwünscht? ☐ Ja ☐ Nein

Suche nach Individualassistent (1 zu 1-Betreuung) ☐ Ja ☐ Nein

zeitlicher Umfang  
(Wochenende, abends,  
Ferien etc.):

gewünschte  
Betreuungs-  
inhalte:

Einsatz einer Fachkraft notwendig? (z.B. bei herausforderndem Verhalten oder medizinischen Besonderheiten)

☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Anmerkungen:

X

X

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift