

## 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>		<b>Vorname</b>	
<b>Straße/ Hausnr.</b>		<b>Geb.-Datum</b>	
<b>PLZ</b>		<b>Wohnort</b>	
<b>Telefon</b>		<b>Mobil</b>	
<b>Krankenkasse</b>		<b>Vers.-Nr.</b>	
<b>Schwerbehinderten- ausweis</b>	<b>Behinderungsgrad</b>	<b>Wertmarke vorhanden</b>	<input type="checkbox"/> Ja      Nein <input type="checkbox"/>
		<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:	<input type="checkbox"/> Freier Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> Werkstatt für Menschen mit Behinderung	
<b>Wo:</b>			
<b>Wohnhaft</b>	<input type="checkbox"/> bei Eltern	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> Wohnheim
<b>Betreutes Wohnen/Wohnheim ?</b>	<input type="checkbox"/> bei:		
<b>Anschrift</b>			
<b>Leistungsanbieter</b>			

### Gesetzlicher Betreuer/ Erziehungsbetrechtigter:

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Straße/ Hausnr.</b>			
<b>PLZ</b>		<b>Wohnort</b>	
<b>Telefon</b>		<b>Mobil</b>	
<b>E-Mail</b>			

<b>Wirkungskreis</b>			
<b>Wer soll im Notfall informiert werden?</b> (Die hier angegebene Person sollte ständig erreichbar sein. Änderungen bitte dringend mitteilen.)			
<b>Name</b>	<b>Vorname</b>		
<b>Straße/</b> <b>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> (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> (Umgang mit der Uhr)	<input type="checkbox"/> Ja	Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Fremdaggressionen</b> (gegen Personen oder Gegenstände)	<input type="checkbox"/> Ja, wenn:	Hinweise:		
<b>Autoaggressionen</b> (gegen sich selbst)	<input type="checkbox"/> Ja, wenn:	Hinweise:		
<b>besonderes Verhalten</b> (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>				

<b>Medizinische Besonderheiten</b>				
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Art:			Nein <input type="checkbox"/>
<b>Diabetes / Zuckerkrankheit</b>	<input type="checkbox"/> Ja			Nein <input type="checkbox"/>
<b>insulinpflichtig</b>	<input type="checkbox"/> Ja	selbständige Verabreichung	<input type="checkbox"/> Ja	Assistenz <input type="checkbox"/> Ja
<b>Medikamenteneinnahme</b>	<input type="checkbox"/> Ja			Nein <input type="checkbox"/>
<b>Besondere Ernährung</b> (glutenfrei, Diabetes, Laktose)	<input type="checkbox"/> Ja, welche:			Nein <input type="checkbox"/>
<b>Epilepsie/Anfallsleiden</b>	<input type="checkbox"/> Ja			Nein <input type="checkbox"/>
<b>Beschreibung der Anfälle</b> (Anzeichen, Wann treten die Anfälle häufig auf? Etc.)				
<b>letzter Anfall</b>				
<b>Notfallmedikamente</b>	<input type="checkbox"/> Ja	Nein <input type="checkbox"/>		
<b>Sonstiges</b>				

## Einverständniserklärungen

Der Teilnehmer darf nach Ende eines Freizeitangebotes eigenständig den Veranstaltungsort / Ankunftsrt 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 Individualassistenz (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