

BEGLEITBOGEN FERIENPROGRAMM

Angaben zur Person (Teilnehmer/in)

Name, Vorname:geb.:

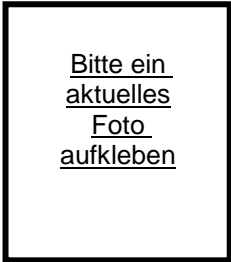
Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Erziehungsberechtigte/r

Telefon: Handy:

E-Mail Adresse:



Weitere Ansprechpartner/in

Name, Vorname:

Telefon/Handy:

Wichtige Informationen

Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien? (z.B. Lebensmittel, Medikamente, Bienenstiche,...) Ja Nein
wenn ja, welche?

Liegen weitere Erkrankungen vor? (z.B. Epilepsie, Diabetes, Bluter, Asthma, Shunt,...) Ja Nein
wenn ja, welche?

Liegt eine ansteckende Erkrankung vor? Ja Nein
wenn ja, welche?.....

Dürfen Zecken zeitnah von Begleitern entfernt werden? Ja Nein

Darf eine Bagatellwunde von Begleitern desinfiziert und versorgt werden? Ja Nein

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Ja Nein

→ wenn ja, bitte eine **ärztliche Verordnung** beifügen.

Besteht die Gefahr des Weglaufens? Ja Nein

Kann er/sie sich im Verkehr sicher bewegen? Ja Nein

Benötigt er/sie Unterstützung beim Essen/Trinken? Ja Nein

Kann er/sie sich selbständig anziehen? Ja Nein

Kann er/sie selbständig die Toilette benutzen und sich ausreichend säubern? Ja Nein

Wird Inkontinenzmaterial benötigt? Welches? (z.B. Windeln) Ja Nein

Bemerkungen: (z.B. Interessen, Verhaltensweisen).....

.....
.....
.....
.....

Alle im Begleitbogen gemachten Angaben werden zum Zweck der optimalen Begleitung und Pflege des Teilnehmers/Gastes digital gespeichert und an die zuständigen Begleiter/innen weitergegeben. Die Angaben werden mit weiteren besonderen Informationen ergänzt. Zum Beispiel durch Telefonate mit Angehörigen und Bezugsbegleitern oder im Anschluss von Angeboten/Aufenthalten. Diese werden bei einer/m erneuten Teilnahme/Aufenthalt zur verbesserten Pflege und Begleitung wieder verwendet.

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass **Fotos/ Filmaufnahmen** während einem Angebot/Aufenthalt gemacht werden und an alle Teilnehmer/Gäste weitergereicht werden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos/ Filmaufnahmen zu Zwecken der **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** der Lebenshilfe der Region Baden-Baden – Bühl – Achern e.V. verwendet werden. Z.B. Zeitungsartikel, Veröffentlichungen der Lebenshilfe BBA (Kalender, Flyer, Plakate, Broschüre, TOM,); Homepage, Facebook, Videoclips, ...

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass der Bereich Offene Hilfen/KULE bei akuten Erkrankungen während des Aufenthalts alles Erforderliche veranlasst, um **gesundheitliche Gefahren abzuwenden**, so auch die Einweisung in ein Krankenhaus vorzunehmen und die Einwilligung zu zwingend notwendigen Operationen zu geben, sofern ich oder andere Angehörige nicht erreichbar sind.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das **Verabreichen von Medikamenten** sowie sonstige **einfache medizinische Maßnahmen**, z.B. das Messen von Blutzuckerwerten, von Begleiter/Innen der Offene Hilfen/KULE vorgenommen werden, auch wenn diese nicht über eine pflegerische Ausbildung verfügen.

Ja Nein

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Bedarfsmedikamente werden im Vorfeld schriftlich von den Angehörigen gemeldet (z.B. Nasenspray, Aspirin...) und dürfen während dem Aufenthalt/Angebot eingenommen bzw. vom Begleiter ausgegeben werden.

Ja Nein

Falls Medikamente verabreicht werden und/ oder eine Epilepsie vorliegt, reiche ich zusätzlich eine aktuelle ärztliche Verordnung mit Unterschrift des Arztes ein. Bei etwaigen Änderungen lege ich den Offene Hilfen/KULE schnellstmöglich eine aktuelle Verordnung vor, um immer und gerade in Notfällen aktuell handeln zu können.

Hiermit bestätige ich, dass ich durch den Bereich Offene Hilfen/KULE über den Einsatz verschiedener Leistungsträger informiert wurde. Die Vorrangigkeit von anderen Leistungsträgern gegenüber den Leistungen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) ist mir bekannt.

Hiermit erkläre ich, dass ich mir zustehende Leistungen bei den jeweiligen Leistungsträgern beantrage.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ich stimme zu, dass die personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert an die Begleiter weitergegeben werden.

Diese Erklärung ist bis auf Widerruf verbindlich.

DATUM

UNTERSCHRIFT gesetzl. Vertreter

UNTERSCHRIFT Teilnehmer/Gast

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren:

Die Vertretung des Kindes ist ein Teil der elterlichen Fürsorgepflicht. Bei gemeinsamem Sorgerecht vertreten die Eltern das Kind gemeinsam. Wir weisen darauf hin, dass die Möglichkeit besteht, dass ein Elternteil das Andere bevollmächtigt, Anmeldungen alleine zu unterschreiben.

Wir bevollmächtigen uns gegenseitig unser Kind für Angebote der Lebenshilfe BBA anzumelden:

Unterschrift der/s 1. Erziehungsberechtigte/n

Unterschrift der/s 2. Erziehungsberechtigte/n