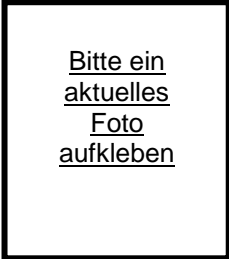


Angaben zur Person (Teilnehmer/in)

Name, Vorname:geb.:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Krankenversicherung (Name) gesetzlich privat
Krankenversicherungsnummer:



Kontakt Daten Angehörige (falls abweichend vom Kind)

Name, Vorname:
Adresse:
Telefonische Erreichbarkeit:
E-Mail:

Weitere Ansprechpartner für Notfälle

Name: Name:
Verwandtschaftsgrad: Verwandtschaftsgrad:
Telefon/Handy: Telefon/Handy:

Hausarzt:

Name:
in: Tel:

Für den Notfall wichtige Informationen

Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien? (z.B: Lebensmittel, Medikamente, Bienenstiche,...) ja nein
wenn ja, welche?
Liegen weitere Erkrankungen vor? (z.B. Diabetes, Bluter, Asthma, Shunt,...) ja nein
wenn ja, welche?
Liegt eine ansteckende Erkrankung vor? ja nein
wenn ja, welche?.....

Medizinische Informationen

Wurde bei Ihrem Kind MRSA (multiresistenter Erreger) diagnostiziert? ja nein
Dürfen Zecken zeitnah von Begleitern entfernt werden? ja nein
Darf eine Bagatellwunde von Begleitern desinfiziert werden? ja nein

Medikamente

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

→ wenn ja, bitte beiliegende **ärztliche Verordnung** ausfüllen und **vom Arzt unterzeichnen** lassen.

Anfallserkrankung

Liegt ein Anfallsleiden vor? ja nein

wenn ja:

Welcher **Art** ? (z.B: Asthma, Epilepsie, Fieberkrampf)

Wann war der **letzte Anfall**?

In welcher **Häufigkeit** treten die Anfälle auf?

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab?

Was ist Besonderes zu **beachten/zu tun**?

.....

Notfallmedikament

Dosierung

Zeitpunkt der Verabreichung

Wie ist das Medikament zu verabreichen?

Motorik und Mobilität

	ja	nein	Bemerkungen
Wird ein Autositz/Kindersitz benötigt?			
Kann er/sie alleine Treppen steigen?			
Kann er/sie an Wanderungen teilnehmen? Wie lange?			
Besteht die Gefahr des Weglaufens?			

Sonstige Erläuterungen hierzu:

Ernährung/ Genussmittel

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie selbständig essen/trinken?			

Gibt es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme, z.B. pürierte Speisen, Unverträglichkeiten etc.?

.....

Körperpflege

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie die Toilette benutzen und sich ausreichend säubern?			
Werden o.g. Tätigkeiten aus eigenem Antrieb heraus erledigt?			

Sonstige Erläuterungen hierzu:

.....

Sinneswahrnehmungen

	ja	nein	Bemerkungen
Trägt er/sie eine Brille?			
Trägt er/sie ein Hörgerät?			

Sprache/Kommunikation

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie seine Bedürfnisse deutlich machen?			

Sonstige Erläuterungen zur Kommunikation (Wie kommuniziert er/sie?)

.....

Verhaltensweisen

	ja	nein	Bemerkungen
Aggressionen gegen Sachen/Personen			
Gewalt gegen sich selbst			
Einnässen/Einkoten			
Aneignung von fremdem Eigentum			
Angst vor/bei			

Sonstige Erläuterungen hierzu:.....

.....

Interessen / Hobbies

.....

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 bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

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

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos/ Filmaufnahmen gemacht werden und zu Zwecken der **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** der Lebenshilfe der Region Baden-Baden – Bühl – Achern e.V. verwendet werden. zum Beispiel: in Zeitungen (Presseartikel), Veröffentlichungen der Lebenshilfe BBA (Kalender, Flyer, Plakate, Karten, Broschüre, TOM,); Homepage, Facebook, Videoclips, ...

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass der Bereich Offene Hilfen 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 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 schnellstmöglich eine aktuelle Verordnung vor, um immer und gerade in Notfällen aktuell handeln zu können.

Diese Erklärung ist bis auf Widerruf verbindlich.

DATUM

UNTERSCHRIFT gesetzl. Vertreter

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