Grundfragebogen

Familienunterstützender Dienst
Eintägige Aktionen der OBA

Bitte Foto beifügen!

Caritasverband Landkreis Weilheim-Schongau e.V.

Um bei unseren Freizeitaktivitäten bzw. Familienunterstützenden Dienst die Betreuung für alle Beteiligten zufriedenstellend durchführen zu können, sind wir auf Ihre Informationen angewiesen. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen.
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Zurück an:
Schmiedstr. 15
82362 Weilheim
Tel.: 0881 909590-21
Fax: 0881 909590-20
E-mail: oba@caritas-wm-sog.de

Vorname, Name			
Anschrift			
Telefon, Handy			
E-Mail, Fax			
Geburtsdatum		Familienstand	
Schule bzw. Beruf			
Ansprechperson	Beziehung:	**Gesetzl. Vertretung** ☐ ja ☐ nein	
Vorname, Name			
Anschrift			
Telefon, Handy			
Fax, E-Mail			
Notfallkontakte			
Vorname, Name			
Telefon, Handy			
Art der Behinderung, medizinische Diagnose			
Behindertenausweis	Ausweis vorhanden ☐ ja ☐ nein	Gültig bis	Grad der Behinderung (GdB)
	Merkzeichen ☐ B (auf Vorderseite)	☐ G ☐ aG	☐ H ☐ Bl ☐ ☐
		Wertmarke vorhanden?	☐ ja ☐ nein
		Parkausweis vorhanden?	☐ ja ☐ nein
Pflegegrad	☐ kein Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 seit _____		
Abrechnungsarten Bitte vorhandene Kontingente mit angeben	☐ gesetzliche Pflegekasse ☐ private Pflegekasse ☐ sonstiges: (Beihilfe, BG etc. _____ ☐ Entlastungsbetrag (131 € monatlich) ☐ Verhinderungspflege (1685 € jährlich) ☐ Selbstzahler		

körperl. Entwicklung Kurze Beschreibung	☐ normal entwickelt ☐ eingeschränkt
Mobilität !	**gehen** ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ wenige Schritte ☐ Langstrecken **stehen** ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe **Hilfsmittel** ☐ Rollator ☐ Gehstock ☐ Krücken ☐ Rollstuhl ☐ sonstige Hilfsmittel _____ **Von Rollstuhlfahrer*innen auszufüllen** Rollstuhlart ☐ elektrisch ☐ ohne Antrieb → ☐ ich brauche Schiebehilfe Rollstuhlmaße: _____ (wenn besonders breit / lang…) Umsitzer ☐ nein ☐ ja
Geistige Entwicklung Kurze Beschreibung, wenn für die Betreuung relevant.	☐ normal entwickelt ☐ eingeschränkt
Umgang mit Gefahren Kurze Beschreibung, wenn für die Betreuung relevant.	☐ normal entwickelt ☐ eingeschränkt
Orientierung Wie kann sich die/der Betreute in Raum und Zeit orientieren?	☐ normal entwickelt ☐ eingeschränkt
Wahrnehmung Sind alle Sinne normal entwickelt? Schmerzempfinden vorhanden?	☐ normal entwickelt ☐ eingeschränkt
Kommunikation Sprache oder andere Formen? aktiv / passiv? Wie ist Verständigung möglich?	☐ ja ☐ nein
Umgang mit Geld Wird Unterstützung benötigt?	☐ nein ☐ ja – bei:
Seelische und emotionelle Situation Relevante Punkte für eine Betreuung:	
Gefährdung Besteht die Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung?	☐ nein ☐ ja und zwar
Ernährung	☐ selbstständig ☐ Essensgabe notwendig ☐ pürierte Kost ☐ keine Besonderheiten Schluckstörungen ☐ nein ☐ ja Trinken ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe Besondere Wünsche: ☐ vegetarisch ☐ _____
Allergien	☐ ja ☐ nicht relevant für eine Betreuung ☐ nein

Toilettengang	Hilfestellung ☐ nein ☐ ja und zwar _____ Wie viele Helfende sind nötig? ☐ 1 ☐ 2 Inkontinenz ☐ nein ☐ ja Nötige Hilfsmittel / Folgendes ist zu beachten: _____		
erlaubt – verboten Was darf die/der Betreute (nicht) tun?			
Alkohol Sind alkoholische Getränke in begrenztem Rahmen erlaubt?	☐ ja ☐ nein Art/Menge?	Rauchen Ist der Genuss von Tabak erlaubt?	☐ ja ☐ nein Art/Menge?
Medikamente Bekommt die/der Betreute Medikamente? Für die Betreuung relevante Informationen	☐ ja ☐ nein ☐ wird selbst eingenommen Und zwar:		
Medikamenten-vereinbarung	Ist die Gabe von Medikamenten durch die OBA erforderlich? ☐ ja ☐ nein		
Epilepsie Liegt ein Anfallsleiden vor?	☐ ja ☐ nein		
Art der Epilepsie Kurze Beschreibung eines Anfalls			
Zurzeit Anfälle?	☐ ja ☐ nein, Anfallsfrei seit _____ (Monat/Jahr)		
Häufigkeit der Anfälle Wie oft treten Anfälle auf?			
Maßnahmen beim Anfall Sind best. Maßnahmen oder zusätzliche Medikamente nötig?			
Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja und zwar		
entsprechende Vorbeugungsmaßnahmen	☐ ja ☐ nicht relevant für eine Betreuung ☐ nein		
Weitere Krankheiten Bestehen zurzeit zusätzliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja und zwar _____		
Ansteckende Krankheiten Bestehen zurzeit Krankheiten, durch die andere Menschen infiziert werden können? Wenn ja, welche?	☐ nein ☐ ja und zwar _____		
Fähigkeiten Relevante Punkte für eine Betreuung: Was kann und soll die zu betreuende Person selbständig machen? (um z.B. Unselbständigkeit aus Bequemlichkeit zu verhindern):			

Wünschen Sie Einladungen für Veranstaltungen? Unsere Angebote richten sich an Menschen mit Behinderungen. Einladungen werden Ihnen dann jeweils geschickt	☐ ja ☐ nein Falls ja: Zusendung bitte ☐ per Email ☐ per Post Barrierefreiheit erforderlich ☐ ja ☐ nein
Hinweis OBA Newsletter:	In unserem Newsletter greifen wir interessante Themen für Menschen mit Behinderung auf. Wir berichten über aktuelle Entwicklungen und Trends und geben unseren Klient*innen, Ehrenamtlichen und Angehörigen nützliche Hinweise und Tipps. **Abonnieren Sie unseren OBA Newsletter unter:** https://www.caritas-wm-sog.de/unsere-angebote/offene-behindertenarbeit/oba-newsletter/oba-newsletter

Sonstige Hinweise Welche wichtigen Infos gibt es sonst noch?	

Für den Familienunterstützenden Dienst

Erwartungen/Aufgaben Welche Aufgaben sollen vom FUD durchgeführt werden? Welche Interessen Vorlieben, Freizeitbeschäftigung?	☐ ☐ ☐ ☐		
Gewünschter Betreuungsbedarf: An welchen Wochentagen? Zu welcher Tageszeit? Häufigkeit / Dauer	Mo – Fr	Sa/So	Ferien/Urlaubszeit
Besondere Anforderungen an Betreuer:in:			

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben	X Unterschrift Teilnehmer*in bzw. gesetzliche Vertretung

Einwilligungserklärung Datenschutz:

Hiermit willige ich ein, dass die oben aufgeführten personenbezogenen Daten vom **Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V.** erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Nachteile widerrufen kann. Vom **Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V.** wurde mir versichert, dass meine datenschutzrechtlichen Belange ohne Einschränkungen gewährleistet werden und keine unbefugte Übermittlung meiner Daten an Dritte erfolgt. Die Bestimmungen zum Datenschutz (nachzulesen unter www.caritas-wm-sog.de/datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:	X Unterschrift Teilnehmer*in bzw. gesetzliche Vertretung