

# Grundfragebogen Freizeit-Angebote

**Datum:** \_\_\_\_\_

Um eine optimale Betreuung während unserer Freizeit-Angebote gewährleisten zu können, bitten wir Sie sich Zeit zu nehmen und die Fragen vollständig zu beantworten. Bitte geben Sie uns alle wichtigen Informationen.

**Alle Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Die Daten werden ausschließlich für die Verwaltung und Durchführung unserer Veranstaltungen verwendet.**

## Persönliche Fragen

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>Straße</b>	<b>Ort</b>
<b>Telefon/Handy</b>	<b>Geboren am</b>
<b>Email</b>	Wenn Sie Veranstaltungshinweise wünschen, geben Sie bitte Ihre Email Adresse an.
<b>Erziehungsber. / gesetzl. Betreuer</b>	

**Notfallnummern** (bitte geben sie mindestens eine Telefonnummer an!)

<b>Person 1</b>	<b>Telefon/Handy</b>
<b>Person 2</b>	<b>Telefon/Handy</b>

**Schwerbehindertenausweis**    Ja    Nein

Art der Behinderung: \_\_\_\_\_

GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen    B    G    aG    H    BI    GI    TBI    Rf

befristet bis: \_\_\_\_\_    unbefristet

Wertmarke vorhanden:    Ja    Nein

Parkausweis vorhanden:    Ja    Nein

**Pflegegrad**    1    2    3    4    5  
 Kein Pflegegrad



# Grundfragebogen Freizeit-Angebote

## Besondere Hinweise

Bitte beschreiben Sie die **Besonderheiten des Teilnehmers**, die für die BetreuerInnen während der Freizeit-Angebote wichtig sein können (z.B. herausfordernde Verhaltensweisen, fehlende Deutschkenntnisse, psychische Auffälligkeiten etc.). Diese Information wird benötigt, um die **bestmögliche Betreuung** gewährleisten zu können.

---

---

---

## Bitte kreuzen Sie das gewünschte Essen an:

- Vegetarisch       Sonstiges \_\_\_\_\_
- Keine Besonderheiten

## Sind Lebensmittelallergien bekannt?

- Ja       Nein

## Wenn ja, welche? Was darf nicht verzehrt werden?

---

---

---

## Erlaubt – Verboten:

- Alkohol     Ja       Nein      Art/Menge \_\_\_\_\_
- Tabak       Ja       Nein      Art/Menge \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

## Wird die Verwaltung des Taschengeldes benötigt?

- Ja       Nein

## Sind Sie verkehrssicher?

- Ja       Nein

# Grundfragebogen Freizeit-Angebote

Können Sie selbständig im tiefen Gewässer schwimmen?

- Ja                       Nein

Beim Schwimmen wird benötigt:

- Keine Hilfe     Begleitung     Hilfsmittel (z.B. Schwimmärmel)  
 Begleitung und Hilfsmittel, und zwar: \_\_\_\_\_

Eine Schwimmerlaubnis wird erteilt?

- Ja                       Nein

Haben Sie in folgenden Bereichen zusätzlichen Hilfebedarf?

Körperpflege, Kleidungswechsel, Ernährung, Toilettengang, benötigt Hilfsmittel, Sonstiges

- Ja                       Nein

Wenn ja, bitte füllen Sie den **Zusatzfragebogen (Grundfragebogen, Seite 5)** aus.

Abrechnung der Angebote:

- Ich bin Selbstzahler  
 Ich rechne über die Pflegekasse ab und zwar über:  
     Verhinderungspflege § 39 SGB XI  
     Entlastungsbetrag § 45 SGB XI

**Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir, die bei den Freizeit-Angeboten entstehen, veröffentlicht werden.**

- Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten/  
des gesetzlichen Betreuers

# Zusatzfragebogen für besonderen Hilfebedarf

RollstuhlfahrerIn:  Ja  nein

Umsitzen möglich:  Ja  nein

Besonderheit des Rollstuhl: \_\_\_\_\_

Größe des Rollstuhls (B x L): \_\_\_\_\_

Bei welchen Tätigkeiten ist Unterstützung notwendig? Bitte kreuzen Sie an.

Körperpflege  Kleidungswechsel

Toilettengang  Ernährung

Pflegebedarf in der Nacht vorhanden

1-Mal pro Nacht

\_\_\_\_\_-Mal pro Nacht (mehrmals)

Bitte beschreiben Sie hier ihren Unterstützungsbedarf möglichst genau:  
(Wenn nötig, bitte Beiblatt verwenden)

---

---

---

## Benötigte Hilfsmittel – Wenn ja, welche?

Pflegebett  dringend  falls verfügbar

Galgen  dringend  falls verfügbar

Lifter  dringend  falls verfügbar

Duschstuhl  dringend  falls verfügbar  kann ich mitbringen

Duschhocker  dringend  falls verfügbar  kann ich mitbringen

Toilettenstuhl  dringend  falls verfügbar  kann ich mitbringen

Toilettensitzerhöhung  dringend  falls verfügbar  kann ich mitbringen

## Sonstiger Hilfebedarf – Wenn ja, bitte Beschreibung des Assistenzbedarfes:

---

---

# Zusatzfragebogen für Menschen mit Epilepsie

Wie oft treten Anfälle auf? ca. \_\_\_\_ pro Tag / pro Woche / pro Monat

Wann treten die Anfälle meistens auf?

morgens     tagsüber     nachts

Um welche Art von Anfällen handelt es sich?

---

---

---

Wie verläuft in der Regel ein Anfall? (Vorzeichen, Ablauf, Dauer, etc.)

---

---

---

Gibt es bekannte Anfallsauslöser?     Ja     Nein

Wenn ja, welche?

---

---

---

Entsprechende Vorbeugemaßnahmen:

---

---

---

(Notfall)-Medikamente?     Ja     Nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

---

---

---