

Grundfragebogen für Teilnehmer:innen

Um bei unseren Freizeitaktivitäten 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.**

Vorname, Name			
Anschrift			
Telefon:			Geburtsdatum:
Wichtige Notfallkontakte Name Telefon, Handy	Gesetzl. Vertretung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art der Behinderung, medizinische Diagnose			
Behindertenausweis Ist ein Behindertenausweis vorhanden? Wenn ja, bitte Daten übertragen!	Ausweis vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gültig bis	Grad der Behinderung (GdB)
	Merkzeichen <input type="checkbox"/> B (auf Vorderseite)	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Bl <input type="checkbox"/>
	Wertmarke vorhanden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Parkausweis vorhanden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 seit _____		

Mobilität	gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
		<input type="checkbox"/> wenige Schritte	<input type="checkbox"/> Langstrecken
	stehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Krücken
		<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> sonstige Hilfsmittel

	Von Rollstuhlfahrer:innen auszufüllen		
	Rollstuhlart	<input type="checkbox"/> elektrisch	
		<input type="checkbox"/> ohne Antrieb → <input type="checkbox"/> ich brauche Schiebehilfe	
	Rollstuhlmaße:	_____ (wenn besonders breit / lang...)	
	Umsitzer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Ernährung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Essensgabe notwendig <input type="checkbox"/> pürierte Kost <input type="checkbox"/> keine Besonderheiten Schluckstörungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Trinken <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe Besondere Wünsche: <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> _____		
Allergien Bestehen Allergien auf bestimmte Stoffe oder dürfen best. Speisen nicht verzehrt werden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht relevant für eine Betreuung <input type="checkbox"/> nein		
erlaubt – verboten	Gibt es besondere Regeln?		
Alkohol	Art/Menge?	Rauchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind alkoholische Getränke in begrenztem Rahmen erlaubt?		Ist der Genuss von Tabak erlaubt?	Art/Menge?
Schwimmen:	Kann schwimmen	Darf mit/ohne Aufsicht schwimmen	Hilfsmittel:
Bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Toilettengang	Hilfestellung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____ <hr/> Wie viele Helfende sind nötig? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Erforderliche Hilfsmittel: _____ _____ Inkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Folgendes ist zu beachten: _____ _____ _____		
Kommunikation	<input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt Kann über Sprache oder andere Formen aktiv und passiv kommuniziert werden? Falls nein, wie ist Verständigung möglich?		
Geistige Entwicklung	<input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt Kurze Beschreibung falls für den Ausflug relevant.		
Umgang mit Gefahren	Gibt es relevante Informationen für einen Ausflug?		
Orientierung	Kann sich der/die Teilnehmer:in in Raum und Zeit orientieren?		
Umgang mit Geld	Wird Unterstützung benötigt?		
Seelische und emotionelle Situation	Relevante Punkte für einen Ausflug		
Gefährdung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____ Besteht die Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung?		

Epilepsie Liegt ein Anfallsleiden vor? Art der Epilepsie Kurze Beschreibung eines Anfalls Zurzeit Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anfallsfrei seit _____ (Monat/Jahr)
Häufigkeit der Anfälle Wie oft treten Anfälle auf?	
Maßnahmen beim Anfall Sind best. Maßnahmen oder zusätzliche Medikamente nötig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein,
Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Wenn ja, welche?	
entsprechende Vorbeugungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht relevant für eine Betreuung <input type="checkbox"/> nein

Weitere Krankheiten Bestehen zurzeit zusätzliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____
Ansteckende Krankheiten Bestehen zurzeit Krankheiten, durch die andere Menschen infiziert werden können? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____
Medikamente/ Injektionen Bekommt die/der Betreute Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wird selbst eingenommen
	Und zwar:
Medikamentenvereinbarung	Ist die Gabe von Medikamenten bei einem Ausflug erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Hinweise Bitte beschreiben Sie weitere Besonderheiten des/der Teilnehmer:in, die für die Betreuung während des Ausflugs wichtig sein können (z.B. herausfordernde Verhaltensweisen, fehlende Deutschkenntnisse, psychische Auffälligkeiten etc.). Diese Information wird benötigt, um die bestmögliche Betreuung gewährleisten zu können.	
---	--

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:	Unterschrift:	X
--------	---------------	---



Informationen zum Datenschutz für Klient:innen der Offenen Behindertenarbeit/Familienunterstützender Dienst

Der Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V. nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Mit den folgenden Informationen möchten wir Sie daher über die Art, den Umfang und Zweck der Erhebung und Verwendung personenbezogener Daten durch unsere Beschäftigten in den jeweiligen Diensten informieren.

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten gelten die Bestimmungen des Gesetzes über den kirchlichen Datenschutz (KDG) sowie die sonstigen anzuwendenden kirchlichen und staatlichen Datenschutzvorschriften.

Hiermit werden Sie darüber informiert, dass wir Ihre persönlichen Daten in automatisierten und nicht automatisierten Dateisystemen verarbeiten, soweit dies im Rahmen einer professionellen Beratung, Begleitung und Unterstützung (z.B. Gruppenangebote, Vermittlung) geboten ist. Insbesondere werden personenbezogene Daten zu Ihrer persönlichen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen und psycho-sozialen Situation, Zwecken der Antragsstellung und -bearbeitung und Abrechnung, zur Dokumentation und für gesetzliche und statistische Zwecke verarbeitet. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie bezieht sich ausdrücklich auch auf besonders sensible Daten wie z.B. Gesundheitsdaten und genetischen Daten.

Wir weisen darauf hin, dass wir Sie, ohne die freiwillige Bereitstellung Ihrer Daten nur eingeschränkt beraten können und keine Tätigkeit gegenüber Dritten erfolgen kann.

Ihre Daten werden im Rahmen der Vorgaben der §§ 6 und 7 KDG sowie nach den Vorgaben der Sozialgesetzbücher verarbeitet. Weiterhin findet eine Datenverarbeitung auf der Grundlage eines berechtigten Interesses (§ 6 Abs.1, lit.g KDG), insbesondere für Zwecke der Abrechnung/Finanzierung statt. Eine Datenübermittlung an nicht-berechtigte Dritte erfolgt - ohne Ihre vorherige, schriftliche Zustimmung - nicht.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns solange gespeichert, wie es die Zwecke, für die sie verarbeitet wurden, erfordern. Sofern diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist und dies uns bekannt wird, werden wir Ihre personenbezogenen Daten datenschutzgerecht löschen, es sei denn, gesetzliche Aufbewahrungsfristen stehen diesem entgegen. In diesem Falle erfolgt - soweit möglich - eine Einschränkung der Verarbeitung (z.B. durch Sperrung) Ihrer personenbezogenen Daten. Eine automatisierte Entscheidungsfindung einschließlich Profiling findet nicht statt.

Ihre Rechte (§§ 17-25 KDG):

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über Ihre verarbeiteten Daten, auf Berichtigung, Löschung und die Einschränkung der Verarbeitung, sowie das Recht der Übertragung der Daten an Sie oder einen Dritten. Sie können Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der erfolgten Verarbeitung jedoch nicht berührt. Sie können Ihre Rechte gegenüber dem für die Datenverarbeitung Verantwortlichen und ggf. gegenüber dem Datenschutzbeauftragten geltend machen. Zudem haben Sie das Recht, Beschwerde bei [der zuständigen Aufsichtsbehörde einzulegen. Die Kontaktdaten lauten:](#)

Verantwortlicher: : Caritasverband für den Landkreis Weilheim-Schongau e.V., Schmiedstr.15, 82362 Weilheim i. OB, Tel: 0881-909590-10, Email: info@caritas-wm-soq.de

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter: Herr Stefan Frühwald, Leiter Fachbereich Datenschutz, Fronhof 4, 86152 Augsburg, Tel.: [0821 / 3166-8380](tel:082131668380), Mail: datenschutz@bistum-augsburg.de.

Aufsichtsbehörde: [Diözesandatenschutzbeauftragter, Jupp Joachimski, Rochusstraße 5-7, 80333 München](#), Mail: JJoachimski@eomuc.de.