

Grundfragebogen für Teilnehmende – eintägige Aktionen

Zurück an:

Caritasverband Weilheim-Schongau e. V./Offene Behindertenarbeit
Schmiedstr. 15
82362 Weilheim
e-mail: oba@caritas-wm-sog.de
Telefon 0881 909590-21 Telefax 0881 909590-20

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 Vorname, 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"/> wenige Schritte	<input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Langstrecken
	stehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Krücken <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 Sind alkoholische Getränke in begrenztem Rahmen erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art/Menge?	Rauchen Ist der Genuss von Tabak erlaubt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art/Menge?
Schwimmen: Bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffendes streichen	Kann schwimmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Darf mit/ohne Aufsicht schwimmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hilfsmittel: _____
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 Inkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nötige Hilfsmittel / Folgendes ist zu beachten: _____		
Kommunikation Kann über Sprache oder andere Formen aktiv und passiv kommuniziert werden? Falls nein, wie ist Verständigung möglich?	<input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt		
Geistige Entwicklung Kurze Beschreibung falls für den Ausflug relevant.	<input type="checkbox"/> normal entwickelt <input type="checkbox"/> eingeschränkt		
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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei: _____		
Seelische und emotionelle Situation Relevante Punkte für einen Ausflug			
Gefährdung Besteht die Gefahr der Selbst- oder Fremdgefährdung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____		

<p>Epilepsie Liegt ein Anfallsleiden vor?</p> <p>Art der Epilepsie Kurze Beschreibung eines Anfalls</p> <p>Zurzeit Anfälle?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Anfallsfrei seit _____ (Monat/Jahr)</p>
<p>Häufigkeit der Anfälle Wie oft treten Anfälle auf?</p>	
<p>Maßnahmen beim Anfall Sind best. Maßnahmen oder zusätzliche Medikamente nötig?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein,</p>
<p>Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Wenn ja, welche?</p>	
<p>entsprechende Vorbeugungsmaßnahmen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nicht relevant für eine Betreuung <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Weitere Krankheiten Bestehen zurzeit zusätzliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____</p>
<p>Ansteckende Krankheiten Bestehen zurzeit Krankheiten, durch die andere Menschen infiziert werden können? Wenn ja, welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar _____</p>
<p>Medikamente/ Injektionen Bekommt die/der Betreute Medikamente?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wird selbst eingenommen</p>
	<p>Und zwar:</p>
<p>Medikamentenvereinbarung</p>	<p>Ist die Gabe von Medikamenten bei einem Ausflug erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>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</p>	
<p>Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> X</p> <p>Unterschrift Teilnehmer*in bzw. gesetzliche Vertretung</p>
<p>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.</p>	
<p>Datum:</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> X</p> <p>Unterschrift Teilnehmer*in bzw. gesetzliche Vertretung</p>