Fragebogen Seite 1

Liegt eine Behinderung vor? Welche?

Schwerbehindertenausweis liegt vor: ☐ Ja ☐ Nein

Wieviel Prozent: Merkzeichen: ☐ B ☐ H ☐ G/aG

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet? ☐ Ja ☐ Nein

Liegt eine Epilepsie vor? ☐ Ja ☐ Nein

Was ist dabei zu beachten?
Gibt es ein Notfallmedikament, wie und wann ist dieses zu verabreichen, wann nicht?)

Tetanusschutz gegeben? ☐ Ja ☐ Nein

Datum der Impfung:

Diabetes besteht? ☐ Ja ☐ Nein

Insulinpflichtig? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Welche und wogegen?
Was ist bei einer allergischen Reaktion zu unternehmen?

Bitte umblättern →

Fragebogen Seite 2

Werden Medikamente eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Medikamente / Bedarfsmedikamente:	Wann:

Werden die Medikamente selbständig eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn die Medikamente nicht selbständig eingenommen werden:

Hiermit ermächtige ich

.....

die Mitarbeiter*innen des Familienunterstützenden Dienstes (FuD) – ALW Aktives Leben und Wohnen gGmbH, die im Anmelde-Fragebogen genannten Medikamente laut Verordnungsplan zu verabreichen. Eventuelle Änderungen werde ich umgehend mitteilen.

Ich stelle die Mitarbeiter*innen des FuD hiermit ausdrücklich bezüglich der Vergabe von Medikamenten von jeglichen Haftungsansprüchen meinerseits oder meines Kindes/Klienten frei.

Fragebogen Seite 3

Mir ist bewusst, dass die Mitarbeiter*innen des FuD größtenteils keine medizinische Ausbildung besitzen.

Es können ausschließlich Medikamente, für die eine ärztliche Verordnung vorliegt, verabreicht werden. Dies gilt auch für freiverkäufliche Medikamente!

Dauerverordnungen werden (sofern möglich) in Dosetten gestellt mitgegeben, Bedarfsmedikamente originalverpackt. Sämtliche Beipackzettel müssen (in Kopie) vorliegen.

Bitte reichen Sie eine entsprechende, aktuelle Verordnung ein.

.....

Ort, Datum Unterschrift

Unterstützungsbedarf

☐ Es wird keine Hilfe benötigt

☐ Oder: Es ist Hilfe notwendig beim

An- und Ausziehen	☐ Ja	☐ Nein	☐ teilweise
Benutzen der Toilette	☐ Ja	☐ Nein	☐ teilweise
Essen und Trinken	☐ Ja	☐ Nein	☐ teilweise
Verwalten von Geld	☐ Ja	☐ Nein	☐ teilweise

Sonstiges

.....

Fragebogen Seite 4

Bestehen Einschränkungen beim:

Gehen/Laufen/Fortbewegen ☐ Ja ☐ Nein

Sprechen ☐ Ja ☐ Nein

Sehen ☐ Ja ☐ Nein

Hören ☐ Ja ☐ Nein

Zeitlichen Orientieren ☐ Ja ☐ Nein

Räumlichen Orientieren ☐ Ja ☐ Nein

Sonstiges:

Werden Hilfmittel benötigt?

z.B. Rollstuhl, Toilettenhilfe, Hörgerät, Brille, Korsett, Zahnprothese...)?

Es ist schwierig, wenn:

☐ es sehr laut ist ☐ viele Leute im Raum sind

☐ wenn jemand zu nahe kommt ☐ die Räume eng sind

Sonstiges:

Fragebogen Seite 5

Wenn etwas schwierig ist, ist die Reaktion:

☐ Aggressionen ☐ Weinen

Sonstiges:

Wurden wichtige Informationen noch nicht erfasst?

Sollten sich Angaben aus diesem Fragebogen verändern, geben wir die Veränderung zeitnah an den Familienunterstützenden Dienst weiter.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer

Gesetzlicher Betreuer / Sorge-Berechtigter

Vollmacht

Ich/Wir bevollmächtige/n die Aktives Leben und Wohnen gGmbH,
Dortmunder Str. 75, 58453 Witten,
vertreten durch die Geschäftsführung Herrn Dr. König,

.....

in meinem/unserem Namen:

.....

bei der Pflegekasse:

☐ **Entlastungsbetrag**
gemäß § 45b SGB XI zur Finanzierung der Aufwendungen im Rahmen der anerkannten Unterstützungsangebote im Alltag, die Kosten über Entlastungsleistungen abzurechnen.

☐ **Verhinderungspflege**
einen Antrag gemäß § 39 des Pflegeversicherungsgesetzes zur Finanzierung der Aufwendungen der Aktives Leben und Wohnen gGmbH im Rahmen der Verhinderungspflege (VHP) für unten genannte*n Klienten*in zu stellen.

Die Kostenerstattung der Pflegekasse trete ich/treten wir hiermit an die Aktives Leben und Wohnen gGmbH ab.

Angaben Klient*in:

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: ..... Geburtsdatum: .....

Versichertennummer: .....

Witten, den .....

.....

Unterschrift Klient*in Eltern / gesetzliche Vertretung

Anmeldung Veranstaltung

☐ **Karneval**
Freitag, 11. Februar 2022

☐ **Guinness-Abend**
Donnerstag, 24. März 2022
Donnerstag, 20. Oktober 2022

☐ **Italienischer Abend**
Donnerstag, 21. Juli 2022

☐ **Valentins-Party**
Samstag, 12. Februar 2022

☐ **Halloween-Party**
Sonntag, 30. Oktober 2022

Hiermit bestätige ich die Anmeldung.

Ich erkenne die beigefügten AGB an.

.....

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer

.....

Gesetzlicher Betreuer / Sorge-Berechtigter

Bitte umblättern →

Anmeldung Veranstaltung

Ich heiße: .....

Meine Adresse: .....

.....

Mein Geburts-Tag: .....

Telefon: .....

Meine Eltern heißen / mein gesetzlicher Betreuer heißt:

.....

Adresse: .....

.....

Telefon und E-Mail: .....

Telefonnummer für **Notfälle**: .....

Wichtige Infos: .....
z.B. Vorliegen von Diabetes, Epilepsie, Allergien etc.

.....

.....

Notfall-Medikamente: .....

.....

So soll bezahlt werden:

- ☐ Verhinderungs-Pflege (Vollmacht: Seite 80)
- ☐ Entlastungs-Leistungen (Vollmacht: Seite 80)
- ☐ Ich zahle selbst.

Anmeldung Kurse

Sport / Bewegung

- ☐ Fahrrad-Ausflüge
- ☐ Yoga
- ☐ Walken / Dienstag
- ☐ Walken / Mittwoch
- ☐ Sport / Donnerstag
- ☐ Sport / Freitag
- ☐ Tanzen
- ☐ Disko-Tanzen
- ☐ Kegeln
- ☐

Andere Kurse

- ☐ Trommeln
- ☐ Kreativ-Kurs
- ☐ Lese-Club
- ☐ Gärtnern
- ☐ Girls-Club
- ☐ Kochen
- ☐ Theater
- ☐ Malen wie Picasso
- ☐ Spielen und Singen
- ☐ Offener Treff

Hiermit bestätige ich die Anmeldung.
Ich erkenne die beigefügten AGB an.

.....

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer

.....

Gesetzlicher Betreuer / Sorge-Berechtigter

Bitte umblättern →

Anmeldung Kurse

Ich heiße: .....

Meine Adresse: .....

.....

Mein Geburts-Tag: .....

Telefon: .....

Meine Eltern heißen / mein gesetzlicher Betreuer heißt:

.....

Adresse: .....

.....

Telefon und E-Mail: .....

Telefonnummer für **Notfälle**: .....

Wichtige Infos: .....
z.B. Vorliegen von Diabetes, Epilepsie, Allergien etc.

.....

.....

Notfall-Medikamente: .....

.....

So soll bezahlt werden:

- ☐ Verhinderungs-Pflege (Vollmacht: Seite 80)
- ☐ Entlastungs-Leistungen (Vollmacht: Seite 80)
- ☐ Ich zahle selbst.