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 Betreuenden 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 Betreuenden 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 Betreuenden 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 Teilnehmende

Gesetzliche Betreuung / Sorge-Berechtigte

Vollmacht

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

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 Teilnehmende zu stellen.

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

☐ **Budgetauskunft**
Eine Aufstellung der bereits abgerechneten Leistungen des Entlastungsbetrags gemäß § 45b SGB XI und/oder der Verhinderungspflege §39 Pflegeversicherungsgesetz für das jeweils aktuelle Kalenderjahr für unten genannte Klient*in anzufordern.

Angaben Teilnehmende:

.....

Name:

.....

Straße:

.....

PLZ, Ort: Geburtsdatum:

.....

Versichertennummer:

.....

Witten, den

.....

Unterschrift Teilnehmende Eltern / gesetzliche Vertretung