

# GRUNDFRAGEBOGEN

## der Offenen Hilfen, Lebenshilfe e.V. Augsburg

Elmer-Fryar-Ring 90 , 86391 Stadtbergen Tel. 0821 / 34 68 730 Fax 0821 / 34 68 733  
E-Mail: offene-hilfen@lebenshilfe-augsburg.de

### Persönliche Angaben:

Name des Betreuten: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

### Kranken-/ Pflegeversicherung:

\_\_\_\_\_  
(Name und Adresse der Krankenkasse)

Versicherungsnummer bei Kranken-/Pflegekasse \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_ Anspruch auf Verhinderungspflege:  ja  nein  
Anspruch auf zus. Betreuungsleistungen?  ja  nein

### Eltern/ Erziehungsberechtigte /Gesetzliche Betreuungsperson:

Name: \_\_\_\_\_

Wohnort/Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Newsletter erwünscht:  ja  nein

### Zur Zeit werden folgende Einrichtungen besucht:

Schule:  
 SVE  Brunnenschule  andere schulische Einrichtung: \_\_\_\_\_

Werkstätte:  ja  nein  
Wenn ja wo/mit Adresse \_\_\_\_\_

Wohnen:  
 Lebenshilfe-Wohnheim  Ulrichsheim

andere Wohneinrichtung: \_\_\_\_\_  
(mit Adresse)

## Art der (drohenden) Behinderung

Welche Behinderung oder drohende Behinderung liegt beim zu Betreuenden vor?

Zu welchen Beeinträchtigungen führt dies? Insbesondere Verhaltensweisen/ Hilfsbedarf, von denen die Freizeitbetreuer/-innen wissen müssen (z.B. Weglaufen / Selbst- oder Fremdgefährdung) – evtl. Beiblatt verwenden.

---



---



---



---



---

## Medikamente

- Aktuelles Medikamentenblatt liegt den Offenen Hilfen vor.
- Es werden keine Medikamente benötigt.

## Anfallsleiden

Liegt ein Anfallsleiden vor?  ja  nein

Art des Anfalls \_\_\_\_\_

Vorzeichen \_\_\_\_\_

Ablauf des Anfalls \_\_\_\_\_

Dauer \_\_\_\_\_

Gibt es bekannte Anfallsauslöser? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Verhaltensregeln während des Anfalls \_\_\_\_\_

Medikamente während des Anfalls  ja  nein

Wenn ja, Art und Dosierung? \_\_\_\_\_

Unter welchen Umständen muss der Notarzt gerufen werden? \_\_\_\_\_

## Sind Hilfsmittel nötig?

(z.B. Rollator, Krücken, Hörgerät o.ä.)  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Sprachliche Verständigung

Ist sprachliche Verständigung möglich?

ja

nein

Falls nein, wie sonst ist Verständigung möglich?

---

Wie werden Bedürfnisse geäußert/Welche Äußerungen müssen besonders beachtet werden?

---



---



---

## Hilfebedarf

Hilfe ist nötig bei:

	ja	nein	Besonderheiten
Aufstehen			
Waschen			
Zähne putzen			
Frisieren			
Baden / Duschen			
Anziehen			
Ausziehen			
Schuhe binden			
Essen			
Trinken			
Gehen			
Treppensteigen			
Besondere Nachtaufsicht			
Stuhlgang			
Blasenentleerung (z.B. Katheder)			
Nächtliches Einnässen			
Windel /Wickeln untertags			
Windel /Wickeln nachts			
Begleitung / Anleitung beim Toilettengang			
Kennt die Uhr			
Kennt den Wert des Geldes bis 10,00 €			

Bitte bei Bedarf extra Blatt verwenden und beilegen!

Wir bitten Sie um ausführliche Angaben, da wir nur so eine angemessene Betreuung und Versorgung gewährleisten können.

**Weitere Besonderheiten**

Sonstige Besonderheiten, die für die Betreuung wichtig sind?

---



---

Wozu soll der zu Betreuende selbst angehalten werden?

---



---

Spezielle Hobbys, Freizeitinteressen, Vorlieben und Wünsche

---



---



---

Schwimmer

ja

nein

**Ernährung**

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?  
Welche? \_\_\_\_\_

ja

nein

Dürfen alle Lebensmittel verzehrt werden?  
Falls nein, welche Lebensmittel sind zu vermeiden?

ja

nein

Sonstige Besonderheiten bei der Ernährung?

---



---

**Ausflüge**

Dürfen Ausflüge unternommen werden?  
(besonders für FED-Einzelbetreuung)

ja

nein

Wenn ja:

zu Fuß

mit PKW

nach Ermessen des Betreuers

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten/  
gesetzlichen Betreuers)

FOTO – muss kein Passfoto sein!!