

## Anmeldefragebogen

### Angaben zur Person

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Foto  
(optional)

### Anschrift des gesetzlichen Vertreters

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

### Kontaktpersonen im Notfall

Status (Eltern, Erziehungsberechtigte, Geschwister, ...): \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

Status (Eltern, Erziehungsberechtigte, Geschwister, ...): \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

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

( ) Hiermit willige ich ein, dass die Lebenshilfe Konstanz e.V. meine personenbezogenen Daten Stammdaten, Adressdaten und Kommunikationsdaten zur Kontaktaufnahme, die mit dem Teilnehmer / der Teilnehmerin in Zusammenhang stehen, per Telefon oder per Post aufgrund meiner hier gegebenen Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO ausschließlich zu den aufgeführten Zwecken speichern und verarbeiten darf. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb des Verantwortlichen erfolgt nur, sofern dies für die Datenverarbeitung zwingend erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit unentgeltlich mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs ist dieser bitte bevorzugt per E-Mail an [info@lebenshilfe-konstanz.de](mailto:info@lebenshilfe-konstanz.de) zu senden. Ein schriftlicher Widerruf ist an Lebenshilfe Konstanz e.V., Gottliebstr. 64, 78462 Konstanz zu richten. In der Folge des Widerrufs werden die gespeicherten Daten gelöscht, bzw. gesperrt und anschließend gelöscht, sofern eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist einer Löschung anfänglich im Wege steht.

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_



### **Krankheitsbild der zu betreuenden Person**

Art der Behinderung:

- |                                  |                                     |                                    |                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> geistig | <input type="checkbox"/> körperlich | <input type="checkbox"/> psychisch | <input type="checkbox"/> lernen   |
| <input type="checkbox"/> hören   | <input type="checkbox"/> sehen      | <input type="checkbox"/> mehrfache | <input type="checkbox"/> sonstige |

Diagnose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Worauf müssen wir achten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Diabetes**

Nein

Ja, welche Form: \_\_\_\_\_

regelmäßige Blutzuckermessung erforderlich       Insulingaben erforderlich

Kontrolle der Nahrungsaufnahme

Was ist zu beachten: \_\_\_\_\_

---

**Hinweis:** im Falle einer Medikation muss eine ärztliche Verordnung vorliegen.

**Anfallserkrankung (Epilepsie...)**

Nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Vorzeichen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ablauf: \_\_\_\_\_

Notfallplan: \_\_\_\_\_

Müssen Medikamente verabreicht werden:  ja  nein

**Hinweis:** im Falle einer Medikation muss eine ärztliche Verordnung vorliegen.

**Allergien und Unverträglichkeiten**

Nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Reaktion & Notfallmaßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Müssen Notfallmedikamente verabreicht werden:  ja  nein

**Hinweis:** im Falle einer Medikation muss eine ärztliche Verordnung vorliegen.

### Weitere Krankheiten

Nein

Ja, welche: \_\_\_\_\_

Was ist zu beachten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Medikamente**

Müssen dem/der Teilnehmer/in während unseren Betreuungszeiten Medikamente verabreicht werden?

ja

nein

Benötigt der/die Teilnehmer/in Notfallmedikamente wegen Allergien, Krampfanfälle, o.Ä.?

ja

nein

Bekommt der/die Teilnehmer/in Bedarfsmedikamente, z.B. bei Schmerzen?

ja

nein

**Hinweis:** Der/die Teilnehmer/in wird **nicht** von medizinisch ausgebildetem Personal bei der Lebenshilfe Konstanz e.V. betreut. im Falle einer Medikation muss eine ärztliche Verordnung vorliegen.

### **Hilfsmittel**

Sind Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Brille,...) nötig? Falls ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Schwerbehindertenausweis**

Bitte tragen Sie nachfolgend die Merkzeichen und den Grad der Behinderung ein.

Merkzeichen: \_\_\_\_\_

GdB: \_\_\_\_\_



**Hinweis:** Bitte eine Kopie des Ausweises als Anlage beifügen.

### Verhalten und Ängste

Gibt es Auffälligkeiten im Verhalten der/s Teilnehmerin/s, die für unsere Arbeit relevant sind?

- Autoaggressives Verhalten (gegen sich selbst)
- Fremdaggressives Verhalten (gegen Sachen, Personen, Tiere, ...)
- Andere: \_\_\_\_\_

Gibt es Ängste, die für unsere Arbeit relevant sind?

- Nein
- Ja, welche: \_\_\_\_\_

Reaktion & Umgang: \_\_\_\_\_

### Ernährung und Hygiene

Benötigt der/die Teilnehmer/in Hilfestellung, Anleitung bzw. Aufforderung um:

allein zu essen und die Nahrung mundgerecht zu schneiden:  Ja  Nein

Toilette zu benutzen und sich anschließend zu säubern:  Ja  Nein

weibliche Teilnehmerinnen: Hilfe bei der Monatshygiene:  Ja  Nein

andere alltägliche Handlungen zu erledigen (z.B. Mobilität):  Ja  Nein

Wie und mit welchen Hilfsmitteln kann dem/der Teilnehmer/in geholfen werden?

\_\_\_\_\_

## Kommunikation

Art der Verständigung?

- verbal (mit Worten)
- nonverbal (Körpersprache)
- bestimmte Mimik? Welche? \_\_\_\_\_
- bestimmte Gestik? Welche? \_\_\_\_\_
- Gebärdensprache? Welche? \_\_\_\_\_
- Hilfsmittel? Welche? \_\_\_\_\_

Weitere Besonderheiten der Kommunikation:

---

---

---

## Verkehrssicherheit, Weglauftendenz und Umgang mit Geld

- Verhält sich der/die Teilnehmer/in verkehrssicher?  Ja  Nein
- Hat der/die Teilnehmer/in eine Weglauftendenz?  Ja  Nein
- Kann der/die Teilnehmer/in mit Geld umgehen?  Ja  Nein

## Transport

Wie kommt der/die Teilnehmer/in in der Regel zu unseren Angeboten?

- kommt selbstständig
- kommt gemeinsam mit der Gruppe
- Privat

## Sonstiges

Bitte geben Sie uns Infos über Hobbys und Lieblingsbeschäftigungen:

- Malen  Vorlesen  Lesen  Musik  Bewegung  Puzzeln  Basteln

Andere: \_\_\_\_\_

Lieblingessen: \_\_\_\_\_ Lieblingsgetränk: \_\_\_\_\_

Verweigeressen: \_\_\_\_\_ Verweigergetränk: \_\_\_\_\_

Was müssen wir noch über den/die Teilnehmer/in wissen?

---

---

### Haftung und Mitwirkungspflicht

Ich, bzw. meine Betreuerin / mein Betreuer, bzw. mein gesetzlicher Vertreter nehme/n zur Kenntnis und bin/sind damit einverstanden, dass die Betreuung bei der Lebenshilfe Konstanz e.V. von ehrenamtlichen Mitarbeitern ohne ausgewiesene medizinische oder pädagogische Ausbildung erfolgt.

Ich bzw. meine Betreuerin / mein Betreuer, bzw. mein gesetzlicher Vertreter wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass wir alle gravierenden und lebensnotwendigen Änderungen in den im Fragebogen erwähnten Bereichen unverzüglich dem Betreuungspersonal der Lebenshilfe Konstanz e.V. melden müssen und es eine Mitwirkungspflicht unsererseits gibt. Dies gilt insbesondere bei Veränderungen des Gesundheitszustandes, welcher eine abweichende Medikamentenabgabe erforderlich macht. Bei einer Medikamentenverabreichung bedarf es immer einer schriftlichen Verordnung des Arztes.

Es wird bestätigt, dass für den / die Teilnehmer/in eine private Haftpflichtversicherung existiert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzl. Vertreters/Erziehungsberechtigten



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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

