

Ambulante Dienste

## Informationsbogen 2024

Diesen Bogen bitte ausgefüllt an die Ambulanten Dienste zurücksenden. Wenn sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben, teilen Sie uns diese bitte umgehend mit. Vielen Dank für die Zusammenarbeit!

Allgemeine Daten:	Kontaktperson im Notfall:
Vorname, Name	Vorname, Name
Straße, Nr.	Telefonnummer
PLZ, Ort	Mobilnummer 1
Geburtsdatum	Mobilnummer 2
Telefonnummer	E-Mail
Name gesetzlicher Betreuung	E-Mail gesetzliche Betreuung
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer
Hausarzt	
Telefonnummer	



<b>Diagnosen:</b>	
Art der Behinderung	Grad der Behinderung
Erscheinungsform	Besondere Verhaltensweisen
Behindertenausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kürzungen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> 1. KI	Begleitperson
<b>Epilepsie:</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dauermedikation <input type="checkbox"/> Ja ( <i>genaue Angaben S.5</i> ) <input type="checkbox"/> Nein	
Notfallmedikation <input type="checkbox"/> Ja ( <i>genaue Angaben S.5</i> ) <input type="checkbox"/> Nein	Notfallvorgehen ( <i>genaue Angaben Notfallblatt Epilepsie</i> )
Erscheinungsform	Häufigkeit
<b>Allergien:</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dauermedikation <input type="checkbox"/> Ja ( <i>genaue Angabe S.5</i> ) <input type="checkbox"/> Nein	Notfallmedikation <input type="checkbox"/> Ja ( <i>genaue Angabe S.4</i> ) <input type="checkbox"/> Nein
Allergieform	Allergieerscheinung



<b>Pflege:</b>	
Toilettengang Selbständig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Art der Hilfestellung Hilfsmittel	Ganzkörperwäsche/Duschen Selbständig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Art der Hilfestellung Hilfsmittel
Mund- und Zahnpflege Selbständig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Besonderheiten Art der Hilfestellung	An- und Ausziehen Selbständig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Art der Hilfestellung
<b>Mobilität:</b>	
Kann selbstständig gehen <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, benötigt folgende Hilfsmittel
Kann sich orientieren <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Kommunikation:</b>	
Sprachvermögen <input type="checkbox"/> Sätze <input type="checkbox"/> einzelne Worte <input type="checkbox"/> Gestik / Mimik <input type="checkbox"/> Laute	Hörvermögen <input type="checkbox"/> Ohne Besonderheit <input type="checkbox"/> Mit Besonderheit, welche:
<b>Ernährung:</b>	
Nahrungsaufnahme selbstständig <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Mit folgender Besonderheit (z.B.: nur Löffel, Essen muss portioniert werden, etc.)	<input type="checkbox"/> Ohne Besonderheit
Lebensmittelunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unverträglichkeit äußert sich folgendermaßen:



Tagesstruktur:	Hobbies, Interessen:
<input type="checkbox"/> Kindergarten (Name) <input type="checkbox"/> Schule (Name, Klasse) <input type="checkbox"/> WfbM (Name) <input type="checkbox"/> FuB (Name) <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Schwimmfähigkeit:	
<input type="checkbox"/> Ist Schwimmer <input type="checkbox"/> Ist Nichtschwimmer <input type="checkbox"/> Benötigt folgende Schwimmhilfen	<input type="checkbox"/> Darf ohne Begleitung eines Betreuers in das Wasser <input type="checkbox"/> Darf nur unter Aufsicht eines Betreuers in das Wasser <input type="checkbox"/> Darf nur mit Begleitung eines Betreuers in das Wasser
Alkoholverzehr: (ab 18 Jahre)	
<input type="checkbox"/> Darf Alkohol trinken <input type="checkbox"/> Darf Alkohol in geringen Mengen trinken	<input type="checkbox"/> Darf KEINEN Alkohol trinken <input type="checkbox"/> Darf alkoholfreies Bier trinken



**Medikation:**

**Dauermedikation:**

Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Ihr Kind/Angehörige\*r/betreuende Person regelmäßig einnimmt. (Auch wenn es Medikamente sind, die nicht während der Betreuung verabreicht werden müssen.)

Wenn sich Veränderungen in der Medikation ergeben, teilen Sie uns dies umgehend mit!

Medikament	Form (Tablette, Pulver,...):	Morgens:	Vormittags:	Mittags:	Nachmittags:	Abends:	Nachts:

**Hat Medikamente bei sich und nimmt Medikamente selbstständig ein: Ja  Nein**

**Bei Nein werden die Medikamente von einer hauptamtlichen Fachkraft verwaltet.**

**Notfall- und Bedarfsmedikation:**

Bitte tragen Sie hier alle Bedarfsmedikamente ein, die Ihr Kind/Angehörige\*r/betreuende Person im Notfall benötigt. Wir dürfen nur Medikamente verabreichen, die Ihr Kind/Angehörige\*r/betreuende Person mit sich führt bzw. die an uns übergeben wurden.

Medikament:	Form (Tablette, Pulver,...)	Max. pro 24h:	Max. pro Mal:

**Hat Medikamente bei sich und nimmt Medikamente selbstständig ein: Ja  Nein**

**Bei Nein werden die Medikamente von einer hauptamtlichen Fachkraft verwaltet.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klient\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Vertretung