

GÄSTEBOGEN

Betreuung: von: Name: _____
von: _____ bis: _____
von: _____ bis: _____
Ankunft: am: _____ Uhrzeit: _____
Kontakt-EmailAdresse: _____

Foto

Name: _____ Geb: _____
Anschrift: _____ Privat Tel: _____

Pflegeperson: DienstTel:

Verantwortlicher Arzt: Tel :

Straße:

PLZ / Ort:

Kindergarten / Tagesstätte / Wohnheim: Tel :

Straße: angeben, auch wenn nicht mehr dort!

PLZ / Ort:

Schule: Tel :

Straße: angeben, auch wenn nicht mehr dort!

PLZ / Ort:

Werkstatt: Tel :

Straße: angeben, auch wenn nicht mehr dort!

PLZ / Ort:

Krankenkasse: Tel :

Straße: **Pflegestufe** **nach MDK**

PLZ / Ort: **monatl. Pflegegeld** **Euro**

Zuständige Sozialhilfebehörde: Tel:

Straße:

PLZ / Ort:

Adresse von den nächsten Verwandten Wo erreichen wir Sie am Urlaubsort im Notfall

Name:		bei/in	
PLZ/Ort:		Strasse:	
Tel.:		Handy:	
Tel. geschäftl.:			

Welche Behinderung liegt beim Angemeldeten vor :

.....

.....

Ursache der Behinderung:

Liegt ein **Anfallsleiden** vor ? [] ja [] nein

welches
Häufigkeit der Anfälle:

Medikamente allgemein: ja nein sh. Medikamentenliste
werden gegeben ja nein selber eingenommen ja nein

Beschreiben Sie hier bitte das allgemeine Verhalten welches erhöhte Betreuung erfordert:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Besondere Hinweise für die Betreuung:

.....

.....

.....

Soziales Umfeld, lebt bei:

Mutter u. Vater Pflegeeltern Verwandten bei Geschwistern allein
Alleinerziehend Einzelkind Geschwister = Heim

Erhält folgende Förderung:

Frühförderung Krankengymnastik Reittherapie Psychologische Therapie
Sprachtherapie Sonstiges

.....

Verhalten bei Nacht

.....

Sauberkeit / Inkontinenz:

Näßt und kotet ständig ein	<input type="checkbox"/>	näßt ein	<input type="checkbox"/>	Kotet ein	<input type="checkbox"/>
wird nur nachts gewickelt	<input type="checkbox"/>	Muß erinnert werden	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
meldet sich tagsüber regelmäßig	<input type="checkbox"/>	zum Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	zum Wasserlassen	<input type="checkbox"/>
meldet sich tagsüber unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	zum Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	zum Wasserlassen	<input type="checkbox"/>
geht alleine zur Toilette	<input type="checkbox"/>	braucht hierbei Hilfe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Bei Mädchen:

letzte Menstruation:		regelmäßig in Abständen von	
Besonderheiten:			

Entwicklungsstand des Angehörigen:

Liegt nur	<input type="checkbox"/>						
kann nur mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	sitzen	<input type="checkbox"/>	stehen	<input type="checkbox"/>	gehen	<input type="checkbox"/>
Kann ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	sitzen	<input type="checkbox"/>	stehen	<input type="checkbox"/>	gehen	<input type="checkbox"/>
Kann ohne Hilfe Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	kann mit Hilfe Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	kann keine Treppen steigen	<input type="checkbox"/>		
Fortbewegung beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>	Lange Strecken nur m. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Alles nur mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/>		

<u>Gewicht / Größe:</u> Körpergewicht	kg	Körpergröße	cm
--	----	-------------	----

Sprache:

Ausdruck vollständiger Sätze	<input type="checkbox"/>	Einzelworte	<input type="checkbox"/>	Laute	<input type="checkbox"/>	Gesten	<input type="checkbox"/>
unvollständige Sätze	<input type="checkbox"/>						

Hören und Verstehen:

Versteht Sprache regelmäßig	<input type="checkbox"/>	unregelmäßig	<input type="checkbox"/>	reagiert auf Zuruf	<input type="checkbox"/>	reagiert nicht	<input type="checkbox"/>
hört gar nicht	<input type="checkbox"/>	ist taub	<input type="checkbox"/>				

Sehen:

Normal	<input type="checkbox"/>	verfolgt mit Blicken	<input type="checkbox"/>	schielt	<input type="checkbox"/>	Brillenträger	<input type="checkbox"/>
greift nach Gegenständen	<input type="checkbox"/>	ist blind	<input type="checkbox"/>				

Krankheiten:

Masern	<input type="checkbox"/>	19	Mumps	<input type="checkbox"/>	19	Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	19
Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/>	19	Scharlach	<input type="checkbox"/>	19	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	19
Hirnentzündung	<input type="checkbox"/>	19	Röteln	<input type="checkbox"/>	19	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	19
Windpocken	<input type="checkbox"/>	19	TBC	<input type="checkbox"/>	19	TBC Verdacht	<input type="checkbox"/>	19
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	19						
Sonstige Krankheiten:								

Impfungen:

TBC	<input type="checkbox"/> 19	Tetanus	<input type="checkbox"/> 19	Polio	<input type="checkbox"/> 19
Keuchhusten	<input type="checkbox"/> 19	Pocken	<input type="checkbox"/> 19		
Bitte Impfbuch mitgeben !!					

Wie werden, oder müssen bestimmte Tätigkeiten erledigt bzw mit Hilfe unterstützt werden:

	Selbständig ohne Hilfe	Hilfe ist notwendig	muß von den Betreuern erledigt werden.	Bemerkungen
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleider richten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An- Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schuhe binden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern nach Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verhalten bei Tisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Sonstiges:</u>				

<u>Aufsicht und Sicherheit:</u>	Bemerkung
Bewegt sich auch in fremder Umgebung sicher	<input type="checkbox"/>
Bewegt sich im nahen Umfeld sicher u. alleine	<input type="checkbox"/>
Schätzt die Gefahr außer Haus richtig ein	<input type="checkbox"/>
Bewegt sich alleine in seinem Wohnort	<input type="checkbox"/>
Bewegt sich alleine in einer fremden Stadt	<input type="checkbox"/>
Ist auf Aufsicht außer Haus angewiesen	<input type="checkbox"/>
Ist auf ständige Begleitung außer Haus angewiesen	<input type="checkbox"/>
Läuft orientierungslos fort	<input type="checkbox"/>
Ist auf ständige Aufsicht im Haus angewiesen	<input type="checkbox"/>
Ist auf Aufsicht in der Nacht angewiesen	<input type="checkbox"/>
Ist auf ständige Aufsicht in der Nacht angewiesen	<input type="checkbox"/>
Kann auch zeitenweise unbeaufsichtigt bleiben	<input type="checkbox"/>
Kann mit anderen Kindern spielen	<input type="checkbox"/>
Macht eigentlich nur Blödsinn	<input type="checkbox"/>
Gefährdet sich und Andere	<input type="checkbox"/>
Ist empfindlich gegen Gruppengeräusche	<input type="checkbox"/>
Ist empfindlich gegen Gruppenlärm	<input type="checkbox"/>
Stört eigentlich in einer Gruppe	<input type="checkbox"/>
Zieht sich gerne zurück	<input type="checkbox"/>
Ist aggressiv gegen sich selbst	<input type="checkbox"/>
Ist aggressiv gegenüber Anderen	<input type="checkbox"/>
Ist aggressiv gegenüber Gegenständen	<input type="checkbox"/>
Ist eher depressiv und in sich zurückgezogen	<input type="checkbox"/>
Kann Schwimmen	<input type="checkbox"/>

Was tut der Angemeldete am liebsten: (Hobbys, sportl. Aktivitäten, Lieblingsbeschäftigung)

Was nicht ?

Was ißt er/sie am liebsten:

Was nicht:

Womit haben Sie am meisten Probleme, wo gibt es Konfliktsituationen, und wie gehen Sie damit um ?

Wenn Sie uns noch Dinge und Gegebenheiten mitteilen wollen die für uns für die Betreuung von Wichtigkeit sind, schreiben Sie dies bitte auf ein weiteres Blatt	<input type="checkbox"/>
Kopien von Berichten der Schule	<input type="checkbox"/>
des Kindergartens oder Tagesstätte	<input type="checkbox"/>
Werkstatt	<input type="checkbox"/>
Wohnheim	<input type="checkbox"/>
und von Ärzten	<input type="checkbox"/>
habe ich beigelegt	<input type="checkbox"/>

Datum

Für die Richtigkeit:

Email:

Name, Funktion, Unterschrift