

# Info- und Notfall-Bogen

Vorname und Name vom Teilnehmer:		Geburts-Datum:
Adresse:		
Telefon:	Mobil-Telefon:	E-Mail:
Kranken-Kasse:	Pflege-Grad:	Versicherungs-Nummer:
Art der Behinderung:		Grad der Behinderung: %
		Merk-Zeichen:
Sonstige Erkrankungen:		
Gesetzliche Betreuung mit Adresse:		Telefon:
Haus-Arzt mit Adresse:		Telefon:

## Medikamente:

- Ich brauche keine Tabletten, Tropfen oder Salben.
- Die Mitarbeiter der Lebenshilfe müssen mir meine Medikamente geben.  
Die Medikamente sind vorgerichtet.  
Eine Verordnung vom Arzt liegt den Offenen Hilfen vor.
- Ich nehme meine Medikamente selbstständig ein:

Medikament:	Anwendung:	Einnahme:

## Anfälle:

- Ich bekomme Anfälle  
Häufigkeit der Anfälle: \_\_\_\_\_  
Mein Notfall-Medikament heißt: \_\_\_\_\_
- Ich bin anfallsfrei.  
Seit \_\_\_\_\_ Jahren.

## Behandlungs-Pflege:

- Blut-Zuckermessen       Insulin spritzen nach Plan

# Info-/Notfall-Bogen

## Ernährung:

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normale Kost                 | <input type="checkbox"/> Schon-Kost                        | <input type="checkbox"/> vegetarisch |
| <input type="checkbox"/> kein Schweine-Fleisch        | <input type="checkbox"/> ich brauche püriertes Essen       |                                      |
| <input type="checkbox"/> ich kann alleine essen       | <input type="checkbox"/> mir muss das Essen gegeben werden |                                      |
| <input type="checkbox"/> ich habe Hilfs-Mittel: _____ |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> ich darf Alkohol trinken     | <input type="checkbox"/> ich darf keinen Alkohol trinken   |                                      |

## Verständigung:

- |                           |  |                                      |   |
|---------------------------|--|--------------------------------------|---|
| Ich höre                  | <input type="checkbox"/> gut                                     | <input type="checkbox"/> schwer      | <input type="checkbox"/> Ich trage ein Hör-Gerät. |
| Ich sehe                  | <input type="checkbox"/> gut                                     | <input type="checkbox"/> schlecht    | <input type="checkbox"/> Ich trage eine Brille.   |
| Ich spreche               | <input type="checkbox"/> gut                                     | <input type="checkbox"/> kurze Sätze | <input type="checkbox"/> einzelne Worte           |
|                           | <input type="checkbox"/> nicht, ich habe ein Hilfs-Mittel: _____ |                                      |   |
| Ich verstehe              | <input type="checkbox"/> gut                                     | <input type="checkbox"/> schwer      | <input type="checkbox"/> Leichte Sprache          |
| Ich kann                  | <input type="checkbox"/> lesen                                   | <input type="checkbox"/> rechnen     | <input type="checkbox"/> schreiben                |
| Ich kenne                 | <input type="checkbox"/> Datum                                   | <input type="checkbox"/> Uhr-Zeit    | <input type="checkbox"/> Jahres-Zeit              |
| Ich kann mit Geld umgehen | <input type="checkbox"/> ja                                      | <input type="checkbox"/> nein        |   |

Ich habe Angst vor: \_\_\_\_\_

Dann verhalte ich mich so: \_\_\_\_\_

Helfen würde mir: \_\_\_\_\_

## Bewegung:

- |                               |  |                                      |                                       |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Ich laufe                     | <input type="checkbox"/> alleine                               | <input type="checkbox"/> an der Hand | <input type="checkbox"/> mit Rollator |
| Ich laufe von der Gruppe weg  | <input type="checkbox"/> ja                                    | <input type="checkbox"/> nein        |                                       |
| Ich kenne die Verkehrs-Regeln | <input type="checkbox"/> ja                                    | <input type="checkbox"/> nein        |                                       |
| Ich kann mich orientieren     | <input type="checkbox"/> ja                                    | <input type="checkbox"/> nein        |                                       |
| Ich habe einen Roll-Stuhl.    | <input type="checkbox"/> Ich kann kurze Strecken zu Fuß gehen. |                                      |                                       |
|                               | <input type="checkbox"/> Ein paar Stufen überwinden.           |                                      |                                       |
|                               | <input type="checkbox"/> Ich kann in ein Auto umsitzen.        |                                      |                                       |
|                               | <input type="checkbox"/> Ich habe einen E-Roll-Stuhl.          |                                      |                                       |
|                               | <input type="checkbox"/> Ich brauche jemand, der mich schiebt. |                                      |                                       |

## Körper-Pflege:

- |                           |                                   |                                      |   |
|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| Ich gehe auf die Toilette | <input type="checkbox"/> alleine  | <input type="checkbox"/> mit Hilfe   | <input type="checkbox"/> mit Erinnerung |
| Ich trage                 | <input type="checkbox"/> Windeln  | <input type="checkbox"/> Einlagen    |   |
| Ich habe einen            | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> Urin-Beutel | <input type="checkbox"/> Urin-Flasche   |
| Ich brauche diese Hilfe:  |                                   |                                      |   |

## Hobbys:

- |   |                                |                                  |                                |
|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fernseh gucken | <input type="checkbox"/> Malen | <input type="checkbox"/> Basteln | <input type="checkbox"/> Lesen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:     | _____                          |                                  |                                |

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

