

Fragebogen für Besucher/innen des

Allgemeines

Vorname: _____ Familienname: _____ Geb.datum: _____

Kontaktpersonen (+Handynr. + email): _____

gesetzlicher Betreuer (Name und Umfang): _____

Art der Behinderung/Diagnose: _____

Sonstiges (z.B. Diabetes, Hepatitis...): _____

Medikamente

- Ich benötige keine Medikamente
- Ich nehme meine Medikamente selbständig/nach Erinnerung selbständig ein
- Folgende Medikamente wurden mir mit beiliegender Verordnung verschrieben:
- Ich möchte, dass ein Mitarbeiter des Familienentlastenden Dienstes für meine Medikamentengabe verantwortlich ist und willige ein, dass
- ... nur nach einer **aktuellen beiliegenden ärztlichen Verordnung** Medikamente gegeben werden (dies gilt auch für Bedarfs- & Notfallmedikamente!)
 - ... auch **Nichtfachkräfte** des FEDs Medikamente verabreichen dürfen
 - ... Medikamente in der **Original Verpackung mit Beipackzettel** mitgegeben werden

Anfälle

- ich bekomme keine epileptischen Anfälle
- Ich bekomme epileptische Anfälle
- Art: Absenzen grand mals sonstige: _____
- diese Anfälle dauern in der Regel: _____
- und treten täglich wöchentlich monatlich jährlich auf.

Mein Notfallmedikament heißt: _____

und muss mir **nach beiliegender ärztlicher Verordnung** gegeben werden.

Der Notarzt muss sofort ab einer Dauer von gerufen werden.

Allergien

Ich habe folgende Allergien: _____

Ernährung

Ich esse normale Kost vegetarisch/vegan püriertes Essen

Ich esse alleine mit folgender Hilfestellung:

Nicht essen darf ich: _____

Lieblingsessen: _____

Ich darf keinen Alkohol trinken Ich darf Alkohol trinken maximal am Tag.

Kommunikation

Ich höre ...nur schwer ...nicht Ich trage ein Hörgerät

Ich spreche ...in Ein-/Zweiwortsätzen ...nicht

Wenn nein: Wie kann man sich mit mir verständigen (Gebärden/FC/...)?

_____ (ggf. Beiblatt)

Ich sehe ...zu% ...nur auf dem li./re. Auge Ich trage eine Brille

Mobilität

Ich laufe ...alleine ...an der Hand ...mit Rollator

Weglauftendenz? Ja nein

Ich sollte mich körperlich nicht sehr anstrengen, da

Ich kann auch längere Strecken zu Fuß bewältigen

Ich bin Rollstuhlfahrer/in Ich kann kurze Strecken laufen und wenige Stufen überwinden

Ich benötige jemanden, der mich schiebt

Ich habe einen E-Rollstuhl

Ich benötige einen Rollstuhlbus

Toilettengang/Körperpflege

Ich gehe selbstständig auf die Toilette Ich muss erinnert werden Ich trage Windeln

Ich benötige folgende Hilfestellung: _____

Schwimmen:

Ich kann ohne intensive Begleitung sicher schwimmen Ich kann/ darf nicht schwimmen

Ich benötige besondere Beaufsichtigung/Begleitung während des Badens

Ich benötige folgende Hilfsmittel: _____

Sonstiges :

am liebsten beschäftige ich mich mit _____

Bei Traurigkeit/Heimweh tröstet mich _____

weitere wichtige Informationen: _____ (ggf. Beiblatt)

Datum: _____ **Unterschrift** _____