

Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
 Bei mehreren mögl. Antworten bitte alle zutreffenden ankreuzen!

Das bin ich!

evtl. Bild

Voname, Name

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Geb. Datum:

Fax:

E-Mail:

Name meiner Eltern/ gesetzl. Betreuer:

Telefon:

Handy (Notfallnummer):

Weitere Notfallnummern:

Ich lebe:

☐ bei Eltern/Angehörigen

☐ im Wohnverbund

Mein Hausarzt:

Name:

Telefon:

PLZ:

Ort:

Name der Krankenkasse:

PLZ/ Ort der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Bitte eine Kopie der Versicherungskarte vorlegen

Besteht eine **Pflegeeinstufung**:

☐ ja

☐ nein

falls ja, Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Diagnose/Art der Behinderung:

Ich habe eine **Epilepsie**: ☐ ja ☐ nein

Helmschutz nötig: ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, bitte beiliegendes „**Notverordnungsblatt Epilepsie**“ ausfüllen

Ich nehme regelmäßig **Medikamente**: ☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, bitte beiliegendes: „**Medikamentenblatt**“ ausfüllen

Ich nehme die Medikamente selbst ein: ☐ ja ☐ nein

Falls ja, ist Kontrolle notwendig? ☐ ja ☐ nein

Medikamente müssen durch geschultes Personal verabreicht werden? ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten bei der Medikamentengabe: _____

Bedarfsmedikamente:

Welche Medikamente dürfen wir bei Bedarf verabreichen? (z.B. Aspirin, Fenistil, Paracetamol, Ibuprofen usw.):

Bedarfsmedikament	Für welche Erkrankung	Dosierung

Darf ein Medikament unter gar keinen Umständen (z.B. wg. Medikamentenunverträglichkeit) verabreicht werden?

Dies ist bezüglich aller Medikamente zu beachten:

Die benötigten Medikamente müssen in einer mit Namen gekennzeichneten Medikamentenbox vorgerichtet sein.
Richten Sie auch Ersatz-, sowie Notfall- und Bedarfsmedikament.

Zusätzliche Medikamente in Originalverpackung und mit Beipackzettel mitgeben.

**Änderungen, die Medikamente betreffen, sind den Lehrern, bzw. dem Schulsekretariat schriftlich mitzuteilen!
Das dafür notwendige Formular können sie gerne im Sekretariat oder bei den Schulkrankenschwestern anfordern.**

Ich habe folgende **Allergien**: _____

Ich darf folgendes nicht essen/trinken: _____

Tetanusimpfung: ☐ ja ☐ nein wenn ja, wann die letzte: _____

Zeckenschutzimpfung: ☐ ja ☐ nein wenn ja, wann die letzte _____

Masernimpfung ☐ ja ☐ nein **Impfbescheinigung beilegen**

Ich bin: ☐ sehbehindert ☐ blind
☐ schwerhörig ☐ gehörlos
☐ nichtsprechend

Ich benötige: ☐ eine Gehilfe ☐ einen Rollstuhl
☐ ein Hörgerät ☐ eine Brille

weitere Hilfsmittel:

Kommunikationsmedium:

Ist Unterstützung beim Umgang mit Hilfsmitteln notwendig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte ergänzen:

Soziale Kontakte

Ich bin im Umgang mit anderen Teilnehmern: ☐ sehr ruhig ☐ ruhig ☐ aktiv ☐ sehraktiv

Unter Umständen zeige ich Verhaltensweisen, die mich und andere gefährden können: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, diese äußern sich folgendermaßen (z.B. Haare ziehen, schlagen, kratzen usw.):

Kommunikation

Ich kann verständlich sprechen: ☐ ja ☐ nein ☐ nur einzelne Wörter

Ich kann "Ja - Nein" Frage beantworten: ☐ ja ☐ nein

Ich kann Bilder/Grafiken verstehen: ☐ ja ☐ nein

Ich benutze Hilfsmittel zur Kommunikation: ☐ ja ☐ nein wenn ja, welche

Ich kann:	lesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	schreiben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	rechnen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	die Uhr lesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Weitere Besonderheiten (Gestik, Mimik, Gebärdensprache, Verhalten etc.):

Mobilität

- Ich...
- ☐ habe keine Einschränkungen in meiner Beweglichkeit
 - ☐ kann **kleine** / **große** Spaziergänge/Wanderungen unternehmen (nichtzutreffendes streichen)
 - ☐ benötige **immer** / **nur für längere Strecken** einen Gehwagen (nichtzutreffendes streichen)
 - ☐ sitze im Rollstuhl, kann aber kurze Strecken laufen
 - ☐ sitze im Rollstuhl und kann für Fahrten (PKW/Bus) auf einen Sitzplatz umgesetzt werden
 - ☐ sitze im Rollstuhl und kann während Fahrten (PKW/Bus) nicht umgesetzt werden
 - ☐ muss an der Hand geführt werden, wenn:

Orientierung

Ich...

- ☐ habe eine gute Orientierung
- ☐ kenne mich in vertrauter Umgebung gut aus, außerhalb fällt mir das schwer
- ☐ habe keine Orientierung
- ☐ bewege mich sicher im Straßenverkehr
- ☐ benötige Hilfe im Straßenverkehr

Es kann sein, dass ich mich ungefragt von der Gruppe entferne ("Weglauftendenz"):

☐ ja ☐ nein

Essen und Trinken

☐ Ich esse/trinke selbstständig. ☐ Ich benötige Unterstützung. ☐ Ich bin auf vollständige Assistenz angewiesen.

Was gibt es noch zu beachten (z.B. Art der Unterstützung, Diät, Menge, Vegetarier, Allergien...):

Spezielle Hilfsmittel (rutschfeste Unterlage, Spezialbesteck-, -geschirr, Strohhalme usw.):

Körperpflege

	selbstständig	Anleitung/Kontrolle	vollst. Assistenz
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waschen/duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an-/ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzvorlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatshygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Besonderheiten (z.B. benötigte Cremes, Zahnsperre, etc.):

Das mache ich besonders gerne (z.B. Brettspiele, Fußball spielen, Fotografieren):

Das gibt es noch zu bedenken (bestimmte Ängste, Berührungen, die ich nicht mag, Anzeichen von Gereiztheit/ Unwohlsein, Sonstiges)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Angaben: _____

(Datum und Unterschrift)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!