

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

evtl. Bild

Das bin ich!

Vorname, 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 Gehhilfe 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**

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 ("Weglaufendenz"): 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, Strohhalm 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, Zahnpflege, 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!