

Informationen zum Teilnehmer/-in

Bitte fügen Sie ein aktuelles Bild des Teilnehmers / der Teilnehmerin an

Allgemeine Daten des Teilnehmers, der Teilnehmerin	
Name:	Nachname:
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Kontaktperson	
<input type="radio"/> Eltern/ Angehörige	<input type="radio"/> Wohnstätte/ päd. Mitarbeiter/in
<input type="radio"/> gerichtlich bestellte Betreuung	<input type="radio"/> sonstige:
Name:	
Telefonnummer:	
Mobilnummer:	
Notfall-Telefonnummer:	
E-Mail:	

Angaben zur gerichtlich bestellten Betreuung (bei Volljährigkeit)
Name der gerichtlich bestellten Betreuung :
Adresse:
Mobilnummer:
E-Mail:
Bereiche (Kopie Betreuerausweis beilegen):

Diagnosen					
<input type="radio"/> lern/ geistig Behinderung <input type="radio"/> körperliche Behinderung <input type="radio"/> psychische Behinderung <input type="radio"/> Entwicklungsverzögerung <input type="radio"/> Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> Traumatisierung <input type="radio"/> Ergänzungen:					
Pflegegrad: <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5					
Schwerbehindertenausweis: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (GdB: %) Wertmarke: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Merkzeichen: <input type="radio"/> B <input type="radio"/> G <input type="radio"/> aG <input type="radio"/> H <input type="radio"/> BI <input type="radio"/> GI					
Hilfsmittel: <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Gebiss <input type="radio"/> Prothese/Klammer <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> spezielles Besteck Sonstiges/Bemerkung:					
Medikation: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Wenn ja, bitte die Übersicht Medikamentengabe und bei Medikamentengabe während der Betreuungszeit die Einverständniserklärung zur Medikamentengabe ausfüllen)					

Allgemeines	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Sinnesbehinderung (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Schmerzempfinden, Farbwahrnehmungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lärmempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gefahrenbewusstsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Ernährung	Ja	Nein	Bemerkung
Normalkost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vegetarisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fähigkeiten	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Ich kann sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann lesen/schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann die Uhr lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann Rad fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann laufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin sicher im Straßenverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bin ich auf Hilfsmittel angewiesen Wenn ja, auf welche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gruppenfähigkeit / soziales Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beschreiben Sie das besondere Verhalten:

Unterstützung	Alleine	Erinnerung	Hilfe	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Toilettengänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gruppenfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frustrationstoleranz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wer soll möglichst unterstützen: <input type="radio"/> ein Mann <input type="radio"/> eine Frau <input type="radio"/> egal				

Einverständnis	Nein	Ja	Bemerkung
Ich habe eine Badeerlaubnis (Wenn ja, bitte die Badeerlaubnis ausfüllen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Schwimmer <input type="radio"/> Nichtschwimmer
Ich darf mein Taschengeld selber einteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

