

Name Teilnehmer:in:

.....

Erstellungsdatum:

.....

Bitte
Foto
einfügen

Assistenzbogen

Angaben zur Person

Name

Vorname

männlich

weiblich

divers

Telefon

Geburtsdatum

Krankenversicherungs-Nr.

Krankenkasse

Hausarzt:in

Telefonnummer der Praxis

Kontaktperson

Kontaktperson:

Eltern

Angehörige

päd. Mitarbeiter:in

Betreuer:in

sonstige Personen

Name

Telefon

E-Mail

Notfall-Nummer (muss während der Veranstaltung Tag und Nacht erreichbar sein)

Evtl. weitere Nummer

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei um eine verpflichtende Angabe handelt.

Angaben zur Behinderung

Liegt eine Art der Behinderung vor? ja nein

Bei „JA“ - bitte Seite 3 und 4 ausfüllen.

Bei „NEIN“ - bitte zutreffende Punkte auf Seite 3 und 4 ankreuzen.

Art der Behinderung

geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung	<input type="checkbox"/>
Körperbehinderung	<input type="checkbox"/>	psychische Behinderung	<input type="checkbox"/>

Diagnosen

.....

Weitere Angaben zur Diagnose

Lesen / Schreiben ja nein

Bemerkung: (z.B. Lautieren, Talker, Gebärden etc.)

.....

Sprechen ja nein mit unterstützung

.....

Schwierigkeiten bei der körperlichen Wahrnehmung ja nein

.....

Optische Wahrnehmung

leichte Sehschwäche	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

gravierende Sehschwäche	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Erblindung	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Akustische Wahrnehmung

leichte Hörschwäche	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

gravierende Hörschwäche	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------

Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

Angaben zur Behinderung

Liegt ein Pflegegrad vor? ja nein

Wenn ja, welcher?

Ist eine Einzelbegleitung erforderlich? ja nein

Liegt eine übertragbare Erkrankung vor? ja nein

Wenn ja, welche?

Wenn einer der folgenden Punkte zutrifft, bitte unbedingt Seite 8 „Behandlungspflege“ ausfüllen und bitte bereits bei der Anmeldung Kontakt zu den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe Bildung NRW aufnehmen!

Anfallsleiden ja nein

Epilepsie ja nein

Wenn ja, bitte unbedingt Anfallsbogen (siehe Seite 9) ausfüllen!

Diabetes ja Typ: nein

Muss gespritzt werden? ja nein

Hirn-Shunt ja nein

Magensonde ja nein

Katheter ja nein

Medikation



Die aktuelle Medikation muss als Medikamentenverordnung (auch für Bedarfsmedikation!) **nicht älter als vier Wochen** vom behandelnden Arzt unterschrieben und am Anreisetag vorliegen. Liegt diese nicht vor, kann der / die Teilnehmer:in von der Veranstaltung ausgeschlossen werden.

Dosierung und Einnahme erfolgt selbstständig muss kontrolliert werden

muss übernommen werden

(Wie erfolgt die Einnahme? z.B. Löffel, mit Joghurt, etc.)

Bedarfsmedikation erfolgt selbstständig muss kontrolliert werden

muss übernommen werden

Notfallmedikation selbstständig muss kontrolliert werden

muss übernommen werden

Essen und Trinken

Unterstützung beim Essen ja nein Erinnerung

Besonderheiten bei Speisen

Passierte / pürierte Kost ja nein Bemerkung:

Lebensmittelintoleranz / Allergien

Schluckstörungen ja nein Bemerkung:

Hilfe beim Trinken ja nein Erinnerung

Sonstiges (z.B. Lieblingsessen, Wunschessen oder besondere Angewohnheiten?)

Hilfsmittel (z.B. Schnabeltasse, Tellerrand, Strohhalm, etc.)

Nachtwache

Falls eine Nachtwache erforderlich ist, setzen Sie sich bitte bereits bei der Anmeldung mit den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe Bildung NRW in Verbindung!

Bitte beachten Sie, dass nicht bei allen Veranstaltungen eine Nachtwache vorhanden ist.

Nachtwache erforderlich ja nein

Wenn ja, warum?

Hilfsmittel in der Nacht (z.B. Babyphone, Urinflasche, Nachtlicht etc.) - Muss bitte mitgebracht werden.

Was hilft bei nächtlichen Verhaltensauffälligkeiten?

Grundpflege

Hilfsmittel	Brille	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Zahnspange	<input type="checkbox"/>
	Gebiss	<input type="checkbox"/>	Prothese	<input type="checkbox"/>	welche?	
Falls Gebiss, Hilfe bei der Reinigung?	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	wie oft?	
Unterstützung beim Zähneputzen?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>		
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung beim Rasieren?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>		
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>		
Unterstützung beim An- und Auskleiden?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>		
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übernahme	<input type="checkbox"/>		

.....

.....

Unterstützung beim Waschen / Duschen?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übername	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Unterstützung bei Monatshygiene?	nein	<input type="checkbox"/>	Erinnerung	<input type="checkbox"/>
	Begleitung	<input type="checkbox"/>	Übername	<input type="checkbox"/>

.....

.....

Sonstiges

.....

.....

.....

.....

Grundpflege

Unterstützung bei Toilettengängen? nein Erinnerung

Begleitung Übernahme

Kann stehen? ja nein

mit Unterstützung

Transfer auf die Toilette nötig? ja nein

Wird ein Lifter benötigt? ja nein

Neigt zur Verstopfung ja nein

Wenn ja, ab wann welche Gegenmaßnahmen?

Besteht eine Harninkontinenz? ja nein

Besteht eine Stuhlinkontinenz? ja nein

Wenn ja, welches Inkontinenzmaterial wird benötigt? (z.B. Vorlagen, Pants, Urin-Flasche, Kondom-Urinal, etc.)

Bei einer pflegerischen Versorgung, die über die Grundpflege hinaus geht (z.B. Katheter, Stoma, Diabetes Spritzen etc.), bitte die nächste Seite „Behandlungspflege“ (siehe Seite 8) ausfüllen und bereits bei der Anmeldung Kontakt mit den Mitarbeiter:innen der Lebenshilfe Bildung NRW aufnehmen!

Behandlungspflege

Werden pflegerische Maßnahmen benötigt, die laut gesetzlicher Bestimmung unter die „Behandlungspflege“ fallen, bitte hier angeben:

Ja

Nein (Bei Nein, weiter auf Seite 9)

Bitte beachten Sie, dass eine Behandlungspflege nur von qualifizierten Pflegefachkräften ausgeführt werden darf. In der Regel ist hierfür ein externer Pflegedienst notwendig, sollten keine Pflegefachkräfte an der Veranstaltung teilnehmen.

Wir unterstützen gerne bei der Organisation eines externen Pflegedienstes.

Sollte ein externer Pflegedienst notwendig sein, wird unbedingt eine ärztliche Verordnung über die zu erbringende Leistung benötigt. Eine Abrechnung der pflegerischen Leistung erfolgt direkt über den externen Pflegedienst bzw. über die eigene Krankenkasse.

Grund der Behandlungspflege:	Injektion	<input type="checkbox"/>	Wundversorgung	<input type="checkbox"/>
	Katheter	<input type="checkbox"/>	PEG / Magensonde	<input type="checkbox"/>
	Stoma	<input type="checkbox"/>	Kompressionsverbände	<input type="checkbox"/>
	Klistier	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>

Was wird gemacht? (kurze Beschreibung ausreichend)

.....

.....

.....

In welchen Intervallen / Wie oft wird die jeweilige Pflege ausgeführt?

.....

.....

.....

Mit welchen Hilfsmitteln wird versorgt?

.....

.....

Ergänzungen, Mitteilungen:

.....

.....

.....

Verhalten- & Gefahreneinschätzung

Eigenständige Gefahreneinschätzung? ja nein

Wenn nein, bitte erläutern:

.....

.....

Besteht eine Gangunsicherheit? ja nein

Können Treppen eigenständig und sicher gestiegen werden? ja nein

Besteht eine Hinlauff Tendenz? ja nein

Wenn ja, wie ist die Ausprägung und gibt es Auslöser?

.....

.....

Wie sind die gewohnten Schlafzeiten? von: bis:

Wie ist die gewohnte Schlafposition?

.....

.....

Besteht ein gestörter Schlaf-Wach-Rythmus? ja nein

Wenn ja, äußert dieser sich?

.....

.....

Sicheres Verhalten im Straßenverkehr? ja nein

.....

Fügt sich oder anderen Schmerzen zu?

autoaggressives Verhalten? ja nein

fremdaggressives Verhalten? ja nein

In welchen Situationen?

.....

Ängste, über die wir Bescheid wissen sollten? (z.B. Tiere, Heimweh, Streit)

.....

Was hilft in Krisen- und Stresssituationen?

.....

Sonstiges

.....

Anfallsbogen

Anfallsart

.....

Zu welchen Tageszeiten treten die Anfälle meistens auf?

.....

Zeitpunkt der letzten drei Anfälle (Monat/Jahr)

.....

Gibt es „Vorboten“, die einen Anfall ankündigen?

.....

.....

.....

Notfallmedikation (Was? Wann?)

.....

.....

Wann wird der Rettungsdienst gerufen?

.....

.....

Einverständniserklärung

Besteht eine gesetzliche Betreuung? ja nein
 Besteht eine Vormundschaft? (bis 18 Jahre) ja nein

Wenn beides „Nein“, bitte unbedingt die Kontaktdaten der sorgeberechtigten Person angeben.

Kontaktdaten gesetzlichen Betreuung / Vormundschaft / Sorgeberechtigte Person :

Name: Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon: Mobil:

Der/Die Teilnehmer:in:

darf alleine den Veranstaltungsort verlassen (ab 16 Jahren) ja nein

darf ohne Aufsicht ins Schwimmbad (ab 16 Jahren) ja nein

kann schwimmen ja nein

darf mit Aufsicht ins Wasser ja nein

darf im Kleinbus / Auto mitfahren ja nein

darf im Rollstuhl sitzend befördert werden ja nein

darf am Veranstaltungsort in Begleitung
einer Assistenz einen Arzt aufsuchen ja nein

aus medizinischer Sicht ist der
Alkoholkonsum (ab 16 Jahren) unbedenklich ja nein

Anmerkung:

kann Taschengeld alleine verwalten ja nein

Anmerkung:

Der/Die Teilnehmer:in braucht zur eigenen Sicherheit und unter Einverständnis der gesetzlichen Bestimmungen folgende zusätzlichen Hilfsmittel:

Bettgitter ja nein

Babyphone ja nein

ja, mit Kamera

Verschluss der Haustüre ja nein

(Fortsetzung auf Seite 13)

Einverständniserklärung

Die Angaben auf Seite 11 des Assistenzbogens sind im Einverständnis der **gesetzlichen Betreuung / Vormundschaft / Sorgeberechtigten** Person getroffen worden.

ja nein

Weitere zustimmungspflichtige Angaben:

Ich stimme zu, dass **nicht öffentliche** Fotos von dem / der Teilnehmer:in gemacht werden dürfen. (z.B. für Fotoalbum, Souvenir, etc.)

ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Medikamente von Assistent:innen ohne pflegerische Fachausbildung verabreicht werden. Bitte beachten sie, falls Sie „NEIN“ ankreuzen, muss ein zusätzlicher Pflegedienst bestellt werden.

ja nein

Bitte setzen Sie sich hierfür unbedingt mit uns in Verbindung.

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt sorgfältig gelesen habe. Mit den angekreuzten Punkten auf Seite 11 und 12 bin ich einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
rechtsverbindliche Unterschrift

.....

Informationsblatt

Sie haben diesen Bogen erhalten, weil Sie in Ihrer Anmeldung angegeben haben, dass Sie Unterstützung im Alltag benötigen.

Bitte achten Sie darauf, dass dieser Bogen **vollständig ausgefüllt und unterschrieben** ist. Nur so wissen wir, wie viele Assistent:innen wir benötigen, damit alle Menschen gut versorgt sind.

Geben Sie bitte **vorsorglich eine durchgehend zu erreichende Notfallnummer an** (siehe Seite 2).

Wenn eine gesetzliche Betreuung besteht oder eine Vormundschaft besteht brauchen wir für manches eine Einverständniserklärung.



Wir benötigen diesen Bogen **spätestens zwei Wochen nach Anmeldebestätigung** zurück.

Wir behalten uns vor, Teilnehmer:innen auszuschließen, wenn uns bis dahin nicht alle Angaben vorliegen.

Die Teilnehmer:innen werden hauptsächlich von ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen (Assistent:innen) betreut und versorgt. Sie werden durch eine Veranstaltungsleitung angeleitet und durch die verantwortliche Koordination ausgewählt. Es sind jedoch in der Regel keine Pflegefachkräfte.

Wenn Behandlungspflege nötig ist, müssen wir in der Regel einen Pflegedienst hinzuziehen. In diesem Fall ist eine ärztliche Verordnung zur häuslichen Krankenpflege notwendig. Die Organisation des Pflegedienstes übernehmen wir gerne.

Zum Beispiel bei: Versorgung mit Katheter, Stoma, SPK, PEG, Gabe von Injektionen, Wundversorgung, etc.)

Für einen guten Ablauf brauchen wir diese Informationen direkt nach der Anmeldung.

Ihre Ansprechpartner:innen sind:

Für „Schöne Zeiten“	
Julia Lang Referatsleitung E-Mail: lang.julia@lebenshilfe-nrw.de Telefon: 02233 93245-202	Lisa Marie Eßmann Fachliche Beratung und Organisation E-Mail: essmann.lisa@lebenshilfe-nrw.de Telefon: 02233 93245-202
Christine Bauer Fachliche Beratung und Organisation E-Mail: bauer.christine@lebenshilfe-nrw.de Telefon: 02233 93245-202	

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe.

Lebenshilfe Bildung NRW gGmbH
Schöne Zeiten
Abtstraße 21
50354 Hürth
Telefon: 02233 93245-202