

BEGLEITBOGEN 2018/19 OFFENE HILFEN/KULE

Muss nur 1x ausgefüllt werden - gilt für Offene Hilfen und KULE gleichermaßen

Intern:

Angaben zur Person (Teilnehmer/Gast)

SD	Scan <small>Foto, BB, Ausweis, äV</small>	äV	KULE	OH
----	--	----	------	----

Name, Vorname:geb.:

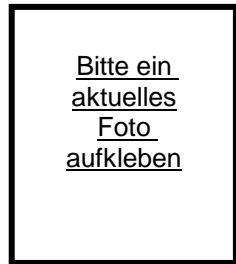
Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon: eigenes Handy:

E-Mail Adresse:

Telefon ges. Vertreter /Betreuer:



Krankenversicherung (Name): gesetzlich privat

Krankenversicherungsnummer:

Beihilfeberechtigt? Ja Nein

Pflegegrad? keinen 1 2 3 4 5

Besucht die Person bereits eine Einrichtung der Lebenshilfe BBA oder WDL? ja nein

Wenn ja, welche?

Gruppenleiter/Klassenlehrer o. Ä.:

Kontingent (bitte Zutreffendes ankreuzen)

		Budget wird noch von anderen Stellen verwendet:	
<input type="checkbox"/>	§ 39 Verhinderungspflege	1.612,00€	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	§ 45 b Entlastungsbetrag 125,- € mtl.	1.500,00€	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	§ 42 Kurzzeitpflege (altersunabhängig)	1.612,00€	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	§ 42 50% Kurzzeitpflege für OH-Angebote	806,00€	
<input type="checkbox"/>	Selbstzahler		
<input type="checkbox"/>	Rehasport Verordnung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Eingliederungshilfe (Sozialhilfeträger) <small>Hinweis KULE: Erst wenn Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege aufgebraucht sind, kann die komplette KULE-Rechnung über Eingliederungshilfe finanziert werden.</small>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	sonst.:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wichtig: Am Jahresanfang sind alle Kontingente bei Ihrer Pflegekasse zu beantragen! Die Kopie der Kostenzusage/des Bescheid ist an uns zu senden.

Vereinbarungen im Einzelfall (z.B. Verhinderungspflege wird privat genutzt, oder §45b aus dem Vorjahr vorrangig verwenden...)
.....
.....

Für die rechtzeitige Antragstellung und Überwachung der Kontingente ist der Teilnehmer/Gast bzw. sein gesetzlicher Vertreter verantwortlich. Fragen Sie bitte bei Ihrer Pflegekasse nach. Wir weisen darauf hin, dass der Teilnehmer/Gast für erbrachte Leistungen, selbst aufkommen muss, wenn die zur Verfügung stehenden Kontingente ausgeschöpft sind.

DATUM

UNTERSCHRIFT gesetzl. Vertreter

UNTERSCHRIFT Teilnehmer/Gast

Kontakt Daten Angehörige

Angaben zur Mutter:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon: Handy:

Telefon Arbeitsstelle: E-Mail:

Angaben zum Vater:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon: Handy:

Telefon Arbeitsstelle: E-Mail:

Angaben zum gesetzlichen Betreuer (falls gesetzlicher Betreuer nicht Eltern):

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon: Handy:

Telefon Arbeitsstelle: E-Mail:

Es besteht eine gesetzliche Betreuung gemäß § 1896 ff. BGB in folgenden Angelegenheiten

(z.B. Personensorge, Finanzangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung usw.):

.....
.....

Weitere Ansprechpartner für Notfälle

(bitte Verwandtschaftsgrad/ Art der Beziehung angeben)

z.B. Bezugsbegleiter in der Wohnstätte/ABW:

Name:

Name:

Verwandtschaftsgrad:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon/Handy:

Telefon/Handy:

Hausarzt:

Name:

in: Tel:

Schwerbehindertenausweis

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? (wenn ja bitte **aktuelle Kopie beilegen!**)

ja nein

Kopie ist beigelegt

Kopie liegt bereits vor

Merkzeichen B ist vorhanden

ja nein

Folgender Grad der Behinderung (GdB) ist vorhanden:

Ist eine Wertmarke vorhanden?

ja nein

Für den Notfall wichtige Informationen

Diese Info ist für uns im Notfall wichtig: Erste Frage bei einer notwendigen Einweisung ins Krankenhaus

Art der Behinderung (Diagnose):

Erläuterung:

Bestehen Unverträglichkeiten/Allergien? (z.B: Lebensmittel, Medikamente, Bienenstiche,...) ja nein

Wenn ja, welche?

Liegen weitere Erkrankungen vor? (z.B. Diabetes, Gicht, Bluter, Herzschrittmacher, Asthma, Shunt,...) ja nein

Wenn ja, welche?

Liegt eine ansteckende Erkrankung vor? ja nein

Wenn ja, welche?

Medizinische Informationen

Letzte Tetanusimpfung (sollte alle 10 Jahre aufgefrischt werden!)

Datum:

Liegt eine Dekubitus-Gefahr vor? ja nein

Wenn ja, wo?

Wurde bei der Person MRSA (multiresistenter Erreger) diagnostiziert? ja nein

Dürfen Zecken zeitnah von Begleitern entfernt werden? ja nein

Darf eine Bagatellwunde von Begleitern desinfiziert werden? ja nein

Medikamente

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ja nein

→ Wenn **ja**, bitte beiliegende **ärztliche Verordnung** ausfüllen und **vom Arzt unterzeichnen** lassen.

→ **Bei Änderungen der Medikation bitte neue ärztliche Verordnung einreichen.**

Für Angebote der Offene Hilfen:

Der Teilnehmer verwaltet seine Medikamente selbst und nimmt sie selbständig ein. ja nein

Bemerkung:

Medikamente müssen von den Begleitern verwahrt und ausgegeben werden. ja nein

Bemerkung:

Anfallserkrankung

Liegt ein Anfallsleiden vor?

ja nein

Wenn ja:

Welcher **Art** ? (z.B: Asthma, Epilepsie, Fieberkrampf)

Wann war der **letzte Anfall**?

In welcher **Häufigkeit** treten die Anfälle auf?

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab?

.....

Was ist Besonderes zu **beachten/zu tun**?

.....

Notfallmedikamente (Bitte genaue Angaben zu Dosierung und Zeitpunkt der Verabreichung)

Medikament

Dosierung

Zeitpunkt der Verabreichung

Wie ist das Medikament zu verabreichen?

.....

Motorik und Mobilität

	ja	nein	Bemerkungen
Liegt eine Körperbehinderung vor?			
Hat er/sie einen Rollstuhl?			
Ist dieser Rollstuhl klappbar?			
Hat er/sie einen Rollator?			
Ist dieser Rollator klappbar?			
Trägt er/sie Innenschuhe oder Orthesen?			
Trägt er/sie Kompressionsstrümpfe?			
Wird ein Autositz/Kindersitz benötigt?			
Kann er/sie alleine gehen?			
Kann er/sie alleine Treppen steigen?			
Kann er/sie an Wanderungen teilnehmen? Wie lange?			
Kann er/sie schwimmen?			
Braucht er/sie Hilfsmittel beim Schwimmen? Welche?			
Er/Sie darf mit Begleitern der OH/KULE an Schwimmbadbesuche teilnehmen.			
Besteht die Gefahr des Weglaufens?			
Kann er/sie sich im Verkehr sicher bewegen?			
Hat er/sie Gleichgewichtsstörungen? (z.B. auf unebenem Untergrund)			

Sonstige Erläuterungen hierzu:

.....

Ernährung/ Genussmittel

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie selbständig essen/trinken?			
Muss ihm/ihr das Essen/Trinken gegeben werden?			
Neigt er/sie zu Verdauungsproblemen?			

Wenn die Person Verdauungsprobleme hat, wie gehen sie zu Hause damit um?

.....

Gibt es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme, z.B. pürierte Speisen, Unverträglichkeiten etc.?

.....

.....

Bestehen bestimmte Vorlieben/Abneigungen?

.....

.....

Welche Hilfsmittel werden beim Essen/Trinken benötigt?

.....

.....

Genussmittel:

Es gilt das Jugendschutzgesetz und die medizinische Indikation (Beipackzettel)

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie koffeinhaltige Getränke zu sich nehmen?			
Kann er/sie alkoholhaltige Getränke zu sich nehmen?			
Ist er/ sie Raucher?			

Körperpflege

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie sich selbständig waschen?			
Kann er/sie sich selbständig duschen?			
Kann er/sie sich selbständig die Haare waschen?			
Kann er/sie sich die Zähne putzen?			
Trägt er/sie Zahnprothesen/Zahnspangen/Beißschiene?			
Kann er sich selbständig rasieren?			
Kann sie ihre Monatshygiene selbständig erledigen?			
Kann er/sie sich anziehen?			
Kann er/sie sich die Schuhe binden?			
Kann er/sie die Toilette benutzen?			
Kann er/sie sich nach dem Toilettengang ausreichend säubern?			
Wird Inkontinenzmaterial benötigt? Welche? (z.B. Windeln)			
Werden o.g. Tätigkeiten aus eigenem Antrieb heraus erledigt?			

Sonstige Erläuterungen hierzu:

.....

.....

.....

.....

Schlafgewohnheiten

	ja	nein	Bemerkungen
Muss er/sie nachts umgelagert werden?			
Hat er/sie Schlafstörungen?			
Benötigt er/sie ein Bett-Seitenteil?			
Benötigt er/sie ein Pflegebett?			
Wird eine Inkontinenz- Auflage benötigt?			
Benötigt er/sie ein Nachtlicht?			
Benötigt er/sie ein Babyphon?			

Bei Kindern: Aufsteh-/Zubettgehzeit:

Sonstige Erläuterungen hierzu:

Hat er/sie bestimmte Schlafgewohnheiten? (Nachtlicht, Einschlafrituale,...)

Sinneswahrnehmungen

	ja	nein	Bemerkungen
Trägt er/sie eine Brille?			
Trägt er/sie ein Hörgerät?			

Wie ist das Sehvermögen?

Wie ist das Hörvermögen?

Sprache/Kommunikation

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie seine Bedürfnisse deutlich machen?			
Kann er/sie sprechen?			
Können fremde Menschen ihn/sie verstehen?			
Reagiert er/sie aggressiv, wenn er/sie nicht verstanden wird?			

Sonstige Erläuterungen zur Kommunikation (Wie kommuniziert er/sie?)

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie lesen?			
Kann er/sie schreiben?			

Sonstige Erläuterungen hierzu:

Umgang mit Geld

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie eigenständig mit Geld umgehen?			
Braucht er/sie Unterstützung beim Umgang mit Geld? (z.B. beim Bezahlen, Budget einhalten,...)			

Für Urlaubsangebote der Offene Hilfen:

	ja	nein	Bemerkungen
Bringt er/sie eigenes Taschengeld mit, das selbst verwaltet wird?			
Soll das Taschengeld von den Offenen Hilfen ausgelegt, den Begleitern verwaltet und im Anschluss an das Angebot in Rechnung gestellt werden?			

Verhaltensweisen

Beobachten Sie bei ihm/ihr Verhaltensweisen, die Sie als herausfordernd empfinden?

	ja	nein	Bemerkungen
Aggressionen gegen Sachen/Personen			
Gewalt gegen sich selbst			
Geht er/sie distanzlos auf fremde Menschen zu?			
Einnässen/Einkoten			
Aneignung von fremdem Eigentum			
Steckt er/sie sich Gegenstände in den Mund?			
Angst vor/bei			

Sonstige Erläuterungen hierzu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Interessen

Was macht er/ sie gerne in seiner/ ihrer Freizeit? Hobbies?

.....

.....

.....

.....

.....

Alle im Begleitbogen gemachten Angaben werden zum Zweck der optimalen Begleitung und Pflege des Teilnehmers/Gastes digital gespeichert und an die zuständigen Begleiter/innen weitergegeben.

Die Angaben werden mit weiteren besonderen Informationen ergänzt. Zum Beispiel durch Telefonate mit Angehörigen und Bezugsbegleitern oder im Anschluss von Angeboten/Aufenthalten. Diese werden bei einer/m erneuten Teilnahme/Aufenthalt zur verbesserten Pflege und Begleitung wieder verwendet.

Erklärung

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ich stimme zu, dass die personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert an die Begleiter weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass **Fotos/ Filmaufnahmen** während einem Angebot/Aufenthalt gemacht werden und an alle Teilnehmer/Gäste weitergereicht werden.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos/ Filmaufnahmen gemacht werden und zu Zwecken der **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** der Lebenshilfe der Region Baden-Baden – Bühl – Achern e.V. verwendet werden. zum Beispiel: in Zeitungen (Presseartikel), Veröffentlichungen der Lebenshilfe BBA (Kalender, Flyer, Plakate, Karten, Broschüre, TOM,); Homepage, Facebook, Videoclips, ...

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass der Bereich Offene Hilfen/KULE bei akuten Erkrankungen während des Aufenthalts alles Erforderliche veranlasst, um **gesundheitliche Gefahren abzuwenden**, so auch die Einweisung in ein Krankenhaus vorzunehmen und die Einwilligung zu zwingend notwendigen Operationen zu geben, sofern ich oder andere Angehörige nicht erreichbar sind.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass das **Verabreichen von Medikamenten** sowie sonstige **einfache medizinische Maßnahmen**, z.B. das Messen von Blutzuckerwerten, von Begleiter/Innen der Offene Hilfen/KULE vorgenommen werden, auch wenn diese nicht über eine pflegerische Ausbildung verfügen.

ja nein

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente und Bedarfsmedikamente werden im Vorfeld schriftlich von den Angehörigen gemeldet (z.B. Nasenspray, Aspirin...) und dürfen während dem Aufenthalt/Angebot eingenommen bzw. vom Begleiter ausgegeben werden.

ja nein

Falls Medikamente verabreicht werden und/ oder eine Epilepsie vorliegt, reiche ich zusätzlich eine aktuelle ärztliche Verordnung mit Unterschrift des Arztes ein.

Bei etwaigen Änderungen lege ich den Offene Hilfen/KULE schnellstmöglich eine aktuelle Verordnung vor, um immer und gerade in Notfällen aktuell handeln zu können.

Hiermit bestätige ich, dass ich durch den Bereich Offene Hilfen/KULE über den Einsatz verschiedener Leistungsträger informiert wurde. Die Vorrangigkeit von anderen Leistungsträgern gegenüber den Leistungen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) ist mir bekannt.

Hiermit erkläre ich, dass ich mir zustehende Leistungen bei den jeweiligen Leistungsträgern beantrage!

Diese Erklärung ist bis auf Widerruf verbindlich.

DATUM

UNTERSCHRIFT gesetzl. Vertreter

UNTERSCHRIFT Teilnehmer/Gast

Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren:

Die Vertretung des Kindes ist ein Teil der elterlichen Fürsorgepflicht. Bei gemeinsamem Sorgerecht vertreten die Eltern das Kind gemeinsam. Wir weisen darauf hin, dass die Möglichkeit besteht, dass ein Elternteil das Andere bevollmächtigt, Anmeldungen alleine zu unterschreiben.

Wir bevollmächtigen uns gegenseitig unser Kind für Angebote der Lebenshilfe BBA anzumelden:

Unterschrift der/s 1. Erziehungsberechtigte/n

Unterschrift der/s 2. Erziehungsberechtigte/n