

B E G L E I T B O G E N 2020/21 O F F E N E H I L F E N / K U L E

intern:

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

Angaben zur Person (Teilnehmer/Gast)

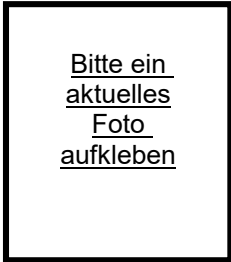
Name, Vorname:geb.:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon: Handy:

E-Mail Adresse:



Krankenversicherung (Name)

Krankenversicherungsnummer gesetzlich privat

Pflegegrad: keinen 1 2 3 4 5 Beihilfe: Ja Nein

Personalausweisnummer (für Flüge, etc.) gültig bis:

Besucht die Person bereits eine Einrichtung der Lebenshilfe BBA oder WDL? Ja Nein

wenn ja, welche?

Gruppenleiter/Klassenlehrer:

Kontingent (bitte Zutreffendes ankreuzen)

		Wird das Budget noch von anderen Stellen verwendet:
§ 39 Verhinderungspflege	1.612,00€	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
§ 45 b Entlastungsbetrag 125,- € mtl.	1.500,00€	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
§ 42 Kurzzeitpflege (altersunabhängig)	1.612,00€	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
§ 42 50% Kurzzeitpflege für OH-Angebote	806,00€	
Selbstzahler		
Rehasport Verordnung		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>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
sonst.:		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

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

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon: Handy:

Telefon Arbeit: E-Mail:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon: Handy:

Telefon Arbeit: E-Mail:

gesetzlicher Betreuer (falls gesetzlicher Betreuer nicht Eltern):

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon: Handy:

Telefon Arbeit: E-Mail:

Es besteht eine gesetzliche Betreuung gemäß § 1896 ff. BGB in folgenden Angelegenheiten (z.B. Personensorge, Finanzangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung usw.):

Weitere Ansprechpartner für Notfälle

Name: Name:

Beziehung: Beziehung:

Telefon/Handy: Telefon/Handy:

Hausarzt

Name: Telefon:

Anschrift:

Schwerbehindertenausweis

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? (bitte aktuelle **Kopie** beilegen) Ja Nein

Grad der Behinderung (GdB):

Ist eine Wertmarke vorhanden? Ja Nein

Welche Merkzeichen sind vorhanden?

Für den Notfall wichtige Informationen

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 und versorgt 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.

Medikamente müssen von den Begleitern verwahrt und ausgegeben werden. Ja Nein

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

In der **KULE** müssen alle Medikamente im abgeschlossenen Medikamentenschrank gelagert werden!

Anfallserkrankung

Liegt ein Anfallsleiden vor? Ja Nein

Bitte eine **ärztliche Verordnung** beilegen!

wenn ja:

Art (z.B: Asthma, Epilepsie, Fieberkrampf)

In welcher Häufigkeit treten die Anfälle auf?

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab?

Was ist zu beachten/zu tun?

Notfallmedikament

Dosierung

Ab wann ist das Medikament zu verabreichen?

Wie ist das Medikament zu verabreichen?

Motorik und Mobilität

	Ja	Nein	Bemerkung
Liegt eine Körperbehinderung vor?			
Hat er/sie einen Rollstuhl?			
Kann er/sie im Auto umgesetzt werden?			
Ist dieser Rollstuhl klappbar?			
Hat er/sie einen Rollator?			
Ist dieser Rollator klappbar?			
Trägt er/sie Innenschuhe oder Orthesen?			
Benötigt er/sie Unterstützung beim Gehen?			
Benötigt er/sie Unterstützung beim Treppen steigen?			
Kann er/sie an Wanderungen teilnehmen? Wie lange?			
Kann er/sie schwimmen?			
Benötigt er/sie Hilfsmittel beim Schwimmen? Welche?			
Darf er/sie mit Begleitern der OH/KULE an Schwimmbadbesuchen teilnehmen?			
Besteht die Gefahr des Weglaufens?			
Kann er/sie sich im Verkehr sicher bewegen?			
Auch außerhalb der gewohnten Umgebung?			
Hat er/sie Gleichgewichtsstörungen? (z.B. auf unebenem Untergrund)			

Bemerkungen:.....

.....

.....

.....

Ernährung

	Ja	Nein	Bemerkung
Benötigt er/sie Unterstützung beim Essen?			
Benötigt er/sie Unterstützung beim Trinken?			
Werden Hilfsmittel benötigt? Welche?			
Gibt es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?			
Neigt er/sie zu Verdauungsproblemen?			

Bemerkungen/Vorgehensweisen:.....

Genussmittel

(Es gilt das Jugendschutzgesetz und die medizinische Indikation)

	Ja	Nein	Bemerkung
Spricht etwas gegen den Konsum von koffeinhaltigen Getränken?			
Sprechen medizinische Gründe gegen den Konsum von alkoholhaltigen Getränken?			
Ist er/sie Raucher?			

Bemerkungen:.....

Körperpflege

	Ja	Nein	Bemerkung
Kann er/sie sich selbständig waschen?			
Kann er/sie sich selbständig duschen?			
Benötigt er/sie Unterstützung beim Haare waschen?			
Kann er/sie sich selbständig die Zähne putzen?			
Trägt er/sie Zahnprothesen/Zahnsparren/Beißschiene?			
Kann er sich selbständig rasieren?			
Kann sie ihre Monatshygiene selbständig erledigen?			
Kann er/sie sich selbständig anziehen?			
Kann er/sie sich die Schuhe binden?			
Trägt er/sie Kompressionsstrümpfe?			
Kann er/sie diese selbständig anziehen?			
Kann er/sie selbständig die Toilette benutzen?			
Kann er/sie sich nach dem Toilettengang ausreichend säubern?			
Wird Inkontinenzmaterial benötigt? Welches? (z.B. Windeln)			
Werden o.g. Tätigkeiten aus eigenem Antrieb heraus erledigt?			

Bemerkungen:.....

Schlafgewohnheiten

	Ja	Nein	Bemerkung
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/Babyphon?			

Bemerkungen (bei Kindern Aufsteh-/Zubettgehenzeit):.....

Sinneswahrnehmungen

	Ja	Nein	Bemerkung
Trägt er/sie eine Brille?			
Trägt er/sie ein Hörgerät?			

Bemerkungen:.....

Sprache/Kommunikation

	Ja	Nein	Bemerkung
Kann er/sie seine Bedürfnisse deutlich machen?			
Kann er/sie sprechen?			
Werden zur Kommunikation Hilfsmittel benötigt?			
Können fremde Menschen ihn/sie verstehen?			
Reagiert er/sie aggressiv, wenn er/sie nicht verstanden wird?			
Kann er/sie lesen?			
Kann er/sie schreiben?			

Bemerkungen: (Wie kommuniziert er/sie?).....

Umgang mit Geld

	Ja	Nein	Bemerkung
Kann er/sie selbständig mit Geld umgehen?			

Bemerkungen:.....

Verhaltensweisen

	Ja	Nein	Bemerkung
Aggressionen gegen Sachen/Personen			
Gewalt gegen sich selbst			
Einnässen/Einkoten			
Aneignung von fremdem Eigentum			
Steckt er/sie sich Gegenstände in den Mund?			
Angst vor/bei			
Gibt es feste Rituale die beachtet werden sollten?			

Bemerkungen: (Was müssen wir beachten?)

.....

.....

.....

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 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 zu Zwecken der **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** der Lebenshilfe der Region Baden-Baden – Bühl – Achern e.V. verwendet werden. Z.B. Zeitungsartikel, Veröffentlichungen der Lebenshilfe BBA (Kalender, Flyer, Plakate, 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.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

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

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