



## ***Informationen zum Erwachsenen:***

Name des Erwachsenen: \_\_\_\_\_

Kontaktperson für den Notfall (Hausarzt etc...)

Name, Vorname	Straße
PLZ, Ort	Tel.-Nr.:
E-Mail:	Mobil.:

Was mag die zu betreuende Person gerne?

\_\_\_\_\_

Wo gegen hat sie/er eine Abneigung?

\_\_\_\_\_

Besonderheiten im Verhalten des Betreuten:

\_\_\_\_\_

(z.B. läuft weg, schnallt sich beim Fahren ab, autoaggressives Verhalten)

### **Pflegerische Hilfen:**

(Welche pflegerischen Hilfen sind notwendig?)

Eßhilfe  Ja  Nein

Windeln  Ja  Nein

Toilettengang  Ja  Nein

Körperliche Beschwerden  Ja  Nein

Sonstiges  Ja  Nein



## *Informationen zum Erwachsenen:*

### **Allergien bzw. Unverträglich von:**

Nahrung/Unverträglichkeiten     Nein     Ja

---

Materialien     Nein     Ja

---

Sonstiges     Nein     Ja

---

### *Anfälle oder Krämpfe:*

Art der Anfälle:
Beobachtbare Vorzeichen eines Anfalls:
Entsprechende Vorbeugemaßnahmen bzw. Verhalten während eines Anfalls:
Anfallsmedikamente:
Wo befinden sich diese?
Wann wird das Medikament gegeben?
Wann erfolgt der Notruf?
Was muss die Begleitperson sonst noch über die zu betreuende Person wissen?



## *Informationen zum Erwachsenen*

### **Gabe von Medikamenten:**

Bitte geben Sie alle Medikamente an: morgens, mittags und abends.  
Diese Angaben sind **für Notfälle dringend notwendig!**

Ich habe / Wir haben davon Kenntnis genommen, dass die Betreuung im Rahmen der stundenweisen Assistenz und im Rahmen der integrativen Freizeitangebote nicht immer von medizinisch ausgebildetem Personal durchgeführt wird.

Ist während der Betreuungszeit die Gabe von Medikamenten notwendig, so bitte ich / bitten wir, dass dies von der Betreuungskraft ausgeführt wird.

Folgende Medikamente sollen, wie beschrieben, verabreicht werden:

Art des Medikaments	Dosierungsanleitung	Art der Verabreichung: vor / nach der Mahlzeit

Die gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit.

Evtl. Veränderungen werde ich sofort mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der/die MitarbeiterIn Einsicht in diesen Informationsbogens erhält.

Mit der Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir, im Bedarfsfall, mit den von Ihnen genannten Personen Kontakt aufnehmen dürfen.



**Lebenshilfe**  
Münsingen e.V.

Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, Änderungen umgehend schriftlich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte senden Sie die ausgefüllten Formulare vor Reisebeginn an uns zurück!**



**Lebenshilfe**  
Münsingen e.V.

**Büro:**  
Lebenshilfe Münsingen  
Görlitzer Weg 9  
72525 Münsingen

Tel.: 07381 -13 57

[info@lebenshilfe-muensingen.de](mailto:info@lebenshilfe-muensingen.de)  
[www.lebenshilfe-muensingen.de](http://www.lebenshilfe-muensingen.de)

Für das Jahr 2021 gelten folgende Entgeltregelungen.  
Für Freizeitclubbesucher gibt es 3 Möglichkeiten:

1. Sie überweisen den Jahresbeitrag von 120 Euro und sind berechtigt an allen Veranstaltungen des Freizeitclubs im Jahr 2021 teilzunehmen, ohne Extrakosten für Fahrt und Betreuung.
2. Sie nehmen ab und zu nur ein Angebot des Freizeitclubs wahr und bezahlen dann vor Ort 10 Euro, wenn Sie unseren Fahrdienst in Anspruch nehmen.
3. Sie nehmen ab und zu ein Angebot des Freizeitclubs wahr und bezahlen dann vor Ort 5 Euro, wenn Sie selbstständig zu den Veranstaltungen kommen.

Bitte überweisen Sie Ihre Zahlungen auf folgendes Konto:

**Volksbank Münsingen:**

**IBAN: DE42 6409 1300 0000 7770 05**

**BIC: GENODES1MUN**

**Verwendungszweck: Freizeitclub 2021**