

# Anamnesebogen für Freizeitangebote des ABC



Gerne können Sie dieses Formular auch am Computer ausfüllen.  
Das Dokument finden Sie unter [www.abcfreiburg.de](http://www.abcfreiburg.de)

Der Bogen muss vollständig ausgefüllt sein und ist für eine Angebots-Teilnahme unerlässlich!

**Gültig für Kalenderjahr:**

## **1. Angaben zur Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Wohngruppe: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  d

Pflegegrad:  KEINEN  1  2  3  4  5

Schwerbehinderten-Ausweis:  NEIN  JA GdB: \_\_\_\_\_

Schwerbehinderten-Ausweis-Nummer: \_\_\_\_\_

Merkzeichen:  aG  G  H  Bl  Gl  Tbl

B im Ausweis:  JA  NEIN gültige Wertmarke:  JA  NEIN

## **2. Medikamente:**

Werden Medikamente selbständig eingenommen?

JA  JA, aber mit Erinnerung  NEIN

Hiermit bestätige ich, dass die Begleitpersonen des Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche der oben genannten Person, für die Dauer des Freizeitangebotes beim ABC, die auf der ärztlichen Medikamenten-Verordnung aufgeführten Medikamente, verabreichen dürfen.

*(Verordnung bitte in Kopie beifügen, Medikamente in Boxen vorrichten)*

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

### **3. Wichtige Kontaktpersonen:**

#### **Gesetzliche Vertretung**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **Hausarzt**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### **Facharzt**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### **Im Notfall kontaktieren**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **4. Allergien und Anfälle:**

Bestehen Allergien? JA NEIN

Besteht eine Epilepsie? JA NEIN

Bestehen sonstige Anfälle? JA NEIN

**Wenn JA, muss die entsprechende „Anlage 1: Allergien und Anfälle“ ausgefüllt werden!**

## **5. Mobilität:**

**Rollstuhlfahrer/in?**       NEIN       JA, Körpergewicht ca.: \_\_\_\_\_

Faltrollstuhl       Festrollstuhl       E-Rollstuhl

Maße des entsprechenden Rollstuhls: \_\_\_\_\_

**Verkehrssicherheit**       JA       eingeschränkt       NEIN

Was sollten wir hierzu noch wissen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autofahren**       kann vom Rollstuhl umgesetzt werden       allein sitzen ist möglich

Gefahr des Abschnallens       Gefahr des Türöffnens

Was sollten wir hierzu noch wissen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **6. Sozialverhalten:**

Besteht eine sog. „**Hinlauff Tendenz**“?       JA       NEIN

Wenn ja, in welchen Situationen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Situationen, die Angst auslösen:**

NEIN       JA, welche? \_\_\_\_\_

### **Situationen, die Aggressionen auslösen:**

NEIN       JA, welche? \_\_\_\_\_

Wie sollten wir am besten reagieren? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. Wahrnehmung / sonstige Besonderheiten:

- Hören: \_\_\_\_\_
- Sehen: \_\_\_\_\_
- Schmerzempfinden: \_\_\_\_\_
- zeitlich/örtlich orientiert: \_\_\_\_\_
- chronische/ansteckende Erkrankungen: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Genutzte Hilfsmittel:**

- Rollator                       Orthesen                       Thrombosedrumpfe
- Brille                               Hörgeräte                       Sonstige: \_\_\_\_\_

## 8. Schwimmen / Badeerlaubnis:

- kann schwimmen                       kann im Meer schwimmen
- braucht Schwimmhilfen               kann nicht schwimmen

Hiermit bestätige ich, dass die in diesem Anamnesebogen beschriebene Person, bei den angemeldeten Freizeitangeboten des ABC unter Aufsicht durch Begleitpersonen in öffentlichen Bädern oder an Stellen, an denen das Baden zulässig ist, Baden darf.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Alle Informationen dienen einer guten Begleitung und Pflege.

Diese sind wichtig, da die Begleitpersonen überwiegend ehrenamtliche Nichtfachkräfte sind und von Angebot zu Angebot wechseln.

**Der Bogen muss sorgfältig und korrekt ausgefüllt werden. Sollten sich im Laufe des Jahres Veränderungen ergeben, sind Sie verpflichtet, uns diese sofort mitzuteilen, da ansonsten keine weiteren Haftungen vom Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche übernommen werden können.**

Hiermit bestätigen Sie, dass alle Ihre Angaben der Wirklichkeit entsprechen, dieser Anamnesebogen beim Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche aufgehoben und für die Teilnahme an Freizeitangeboten an die Begleitpersonen weitergegeben werden darf.

**Datum, Ort:** \_\_\_\_\_ **rechtsverbindliche Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Wir bestätigen, dass alle Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und die Sammlung der Datenbasen den Bestimmungen des DSGVO entsprechen.**