

Anamnesebogen für Freizeitangebote des ABC

Gerne können Sie dieses Formular auch am Computer ausfüllen.
Das Dokument finden Sie unter www.abcfreiburg.de



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

Gültig für Kalenderjahr:

1. Angaben zur Person

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse, ggf. Wohngruppe _____

Telefon _____ E-Mail _____

ggf. Diagnosen _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Pflegegrad: ☐ keinen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Schwerbehinderten-Ausweis: ☐ Nein ☐ Ja GdB: _____

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)

X

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

3. Wichtige Kontaktpersonen

Gesetzliche Vertretung

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Hausarzt

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Facharzt

Name: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Im Notfall kontaktieren

Name: _____ Telefon: _____

Mobil: _____

Anschrift: _____

Name: _____ Telefon: _____

Mobil: _____

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. „Weg- oder 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: _____
- ☐ Kommunikation: _____
- ☐ Sonstiges: _____

Genutzte Hilfsmittel:

- ☐ Rollator ☐ Orthesen ☐ Thrombosestrümpfe
- ☐ 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.

X_____
Ort, Datum_____
Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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.

X_____
Ort, Datum_____
rechtverbindliche Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

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

Bitte unterschrieben zurück an: Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche, Maienstr. 2, 79102 Freiburg oder faxen: 0761 – 767 727 8 oder Mail: abc.freiburg@diakonie.ekiba.de