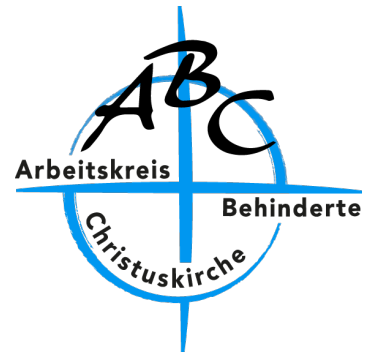


# Anamnesebogen für Freizeitangebote des ABC

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 unerlässlich!

Er gilt für das 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  BI  GI  Tbl

B im Ausweis:  Ja  Nein Gültige Wertmarke:  Ja  Nein

## **Medikamente** (gegebenenfalls mit Uhrzeit):

1. \_\_\_\_\_ morgens: \_\_\_\_\_ mittags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_ nachts: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ morgens: \_\_\_\_\_ mittags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_ nachts: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ morgens: \_\_\_\_\_ mittags: \_\_\_\_\_ abends: \_\_\_\_\_ nachts: \_\_\_\_\_

**Medikamente unbedingt in Medikamentenboxen richten und Reservemedikamente mitgeben!**

Werden die 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 die angegebenen Medikamente – nach Absprache mit dem verordnenden Arzt – für die Dauer der angemeldeten Reisen, bei Ausflügen und anderen Angeboten des ABC, verabreichen dürfen.

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

## 2. Gesetzliche Vertretung

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

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

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

## 3. Hausarzt

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

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

## 4. Facharzt

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

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

Facharzt für: \_\_\_\_\_

## 5. Im Notfall kontaktieren:

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

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

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

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

## 6. Allergien und Anfälle

Bestehen Allergien?  Ja  Nein

Besteht eine Epilepsie?  Ja  Nein

Bestehen sonstige Anfälle?  Ja  Nein

**Wenn ja, bitte „Anlage 1: Epilepsie, Allergien oder sonstige Anfälle“ ausfüllen!**

## 7. Mobilität, Verkehrssicherheit

Rollstuhlfahrer/in:  Nein  Ja, Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Maße des Rollstuhls: \_\_\_\_\_  Faltrollstuhl  Festrollstuhl  E-Rollstuhl

Hilfsmittel:  Rollator  Orthese  Hörgeräte  Brille

Thrombosestrümpfe  Sonstige: \_\_\_\_\_

Weglauffendenzen:  Ja  Nein

Situationen, die Angst auslösen:  Ja  Nein

Situationen, die Aggression auslösen:  Ja  Nein

Wenn ja, wann bestehen solche Situationen:

---

---

Verkehrssicherheit:  Ja  Nein

Was sollten wir hierzu noch wissen?

---

---

Autofahren:  Kann vom Rollstuhl umgesetzt werden  alleine sitzen ist möglich  
 Gefahr des Abschnallens  Gefahr des Türöffnens

Was sollten wir zum Autofahren noch wissen?

---

---

### Schwimmen / Badeerlaubnis:

Kann schwimmen  Kann im Meer schwimmen  
 Braucht Schwimmhilfen  Kann nicht schwimmen

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannten Person bei den angemeldeten Reisen, bei Ausflügen und anderen Angeboten des ABC unter Aufsicht in öffentlichen Bädern oder an Stellen, an denen das Baden zulässig ist, Baden darf.

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

## 8. Sonstige Beeinträchtigungen:

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

**Bei Teilnahme an einer Reise des ABC im oben genannten Kalenderjahr:**

**Bitte „Anlage 2: Reisen“ und gegebenenfalls „Ärztliche Zustimmung zur Verabreichung von Bedarfsmedikamenten“ ausfüllen!**

Alle Informationen dienen einer guten Begleitung und Pflege.

Dies ist wichtig, da die Begleitpersonen von Angebot zu Angebot wechseln. Die Informationen werden unseren Begleitpersonen weitergegeben.

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 Angebote an die Begleitpersonen weitergegeben werden darf.

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

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