

## Erhebungsbogen

Name, Vorname		
Telefon, Handy von Angehörigen		
Behinderung		
Pflegegrad		
weitere Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Diabetes, etc.)		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wertmarke	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Merkzeichen B (Begleitung) im Ausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Alkohol trinken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### 1. Meine lebenspraktischen Kompetenzen

	selbstständig	nach Anforderung	nur mit Hilfe	Anmerkungen
<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das esse ich am liebsten!				
Das mag ich gar nicht!				
Besonderheiten bei der Ernährung (Diät, Sondennahrung, etc.)?				
Bekannte Allergien beim Essen? Wenn ja welche?				
Kann ich die Menge selbst bestimmen?				
<b>Trinken</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das trinke ich am liebsten!				
Das trinke ich gar nicht!				
<b>Anziehen, Hygiene und Toilette</b>				
	selbstständig	nach Anforderung	nur mit Hilfe	Anmerkungen
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleider-Auswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verschlüsse öffnen / schließen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	selbstständig	nach Aufforderung	nur mit Hilfe	Anmerkungen
Schuhe anziehen / binden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zähne Putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haare Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monats-Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> kann Toilette benutzen		<input type="checkbox"/> geht alleine	
	<input type="checkbox"/> nach verbaler Aufforderung		<input type="checkbox"/> braucht Hilfestellung	
Welche Hilfestellung wird benötigt?				
Besonderheiten in der Nacht?				
Einnässen	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts		
Einkoten	<input type="checkbox"/> tagsüber	<input type="checkbox"/> nachts		
Trägt er/sie Einlagen / Windeln?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Die Einlage / Windel wird angelegt:		<input type="checkbox"/> im Liegen	<input type="checkbox"/> im Stehen	
In welchem Rhythmus wird in der Nacht die Windel / Einlage gewechselt?				

## 2. Mein Körper und seine Bewegungsfähigkeit

**Gewicht:** \_\_\_\_ kg      **Größe:** \_\_\_\_ cm

**Benötigte Hilfsmittel**     Rollstuhl     Gehwagen     Pflegebett     orth. Schuhe  
 Brille     Hörgerät     Toilettenstuhl     \_\_\_\_

	selbstständig	nicht möglich	nur mit Hilfe	Bitte Art der Hilfe erläutern
Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl-Fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppen-Steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

### 3. Mein Bedarf an Begleitung und Sicherheit

	Nein	manchmal	häufig	Bitte Umstände erläutern
Ist Begleitung nötig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist Verkehrssicher?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Hat epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfallhäufigkeit tagsüber / nachts?				
Bedarfsmedikation notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja		Ab wann?	
	<input type="checkbox"/> Nein			
Ist mit Heimweh zu rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	Was hilft?
Ist mit besonderem Verhalten in fremden Situationen zu rechnen?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Bei autistischen Verhalten: Gibt es bestimmte Regeln, Worte, Verhaltensmuster?				

### 4. Meine sozialen Kompetenzen

	Nein	manchmal	häufig	Bitte Umstände erläutern
Besteht Weglaufgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verweigert sich bei alltäglichen Anforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verletzt sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Greift andere an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zerstört Sachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grundstimmung: _____				
Besondere Unsicherheiten und Ängste (z.B. durch persönliche und emotionale Erlebnisse): _____				
Gemeinschaftsfähigkeit und Freundschaften (ggf. zu angemeldeten Teilnehmern): _____				
Bestehen freiheitsentziehende Maßnahmen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?				
Sexualität und Partnerschaft (gemeinsames Zimmer, Verhütung, etc.): _____				
Vorlieben, Hobbies, Freizeitbeschäftigungen: _____				

## 5. Meine Fähigkeiten und Kenntnisse

<b>Hören</b>	<input type="checkbox"/> gehörlos	<input type="checkbox"/> Hörreste vorhanden	<input type="checkbox"/> kann hören	
Anmerkung: _____				
<b>Sehen</b>	<input type="checkbox"/> blind	<input type="checkbox"/> Sehreste	<input type="checkbox"/> kann sehen	
Anmerkung: _____				
<b>Sprechen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> einzelne Worte	<input type="checkbox"/> kurze Sätze	<input type="checkbox"/> fließend
	<input type="checkbox"/> unverständlich	<input type="checkbox"/> Gebärdensprache		
Anmerkung: _____				
<b>Verstehen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> einzelne Worte	<input type="checkbox"/> kurze Sätze	<input type="checkbox"/> alles
	<input type="checkbox"/> Gestik	<input type="checkbox"/> Mimik	<input type="checkbox"/> Gebärdensprache	
Anmerkung: _____				
<b>Lesen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eigenen Namen	<input type="checkbox"/> einzelne Worte	<input type="checkbox"/> Texte
Anmerkung: _____				
<b>Schreiben</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> eigenen Namen	<input type="checkbox"/> abschreiben	<input type="checkbox"/> Texte
Anmerkung: _____				
<b>Rechnen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Zahlen lesen	<input type="checkbox"/> zählen bis _____	<input type="checkbox"/> addieren bis _____
Anmerkung: _____				
<b>Umgang mit Geld</b>	<input type="checkbox"/> kann nicht mit Geld umgehen	<input type="checkbox"/> kennt Münzgeld	<input type="checkbox"/> kennt Scheine	
	<input type="checkbox"/> kennt die Bedeutung von Geld	<input type="checkbox"/> kann mit Beträgen bis _____ € umgehen		
Anmerkung: _____				

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers/Betreuers