BEGLEITBOGEN 2026/27

M K O

Muss nur 1x 2026/27 ausgefüllt werden!

Das bin ich:

Foto

Name, Vorname: ..... geb.: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Ort: ……

Telefon: ..... eigenes Handy: .....

E-Mail Adresse: ……

Krankenversicherung ……..

Krankenversicherungsnummer …….. ☐ gesetzlich ☐ privat

Pflegegrad: keinen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Beihilfe: Ja ☐ Nein ☐

Personalausweisnummer (für Flüge, etc.) …..…… gültig bis: …….

Besuchen Sie bereits eine Einrichtung der Lebenshilfe BBA / WDL? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und wo? ……

Gruppenleiter/Klassenlehrer: ……..…

	Kontingent (bitte Zutreffendes ankreuzen)		**Wird das Budget noch von anderen Stellen verwendet:**
☐	Gemeinsames Jahresbudget § 39 Verhinderungspflege & § 42 Kurzzeitpflege	**3.539,00 €**	Ja ☐ Nein ☐
☐	§ 45 b Entlastungsbetrag (131,- € mtl.)	**1.572,00 €**	Ja ☐ Nein ☐
☐	Selbstzahler		Ja ☐ Nein ☐
☐	Eingliederungshilfeleistungen		Ja ☐ Nein ☐
☐	sonst.:		Ja ☐ Nein ☐

Vereinbarungen im Einzelfall *(z.B. Verhinderungspflege wird privat genutzt, §45b aus dem Vorjahr vorrangig verwenden…)*

……

……

Für die rechtzeitige Antragstellung und Überwachung der Kontingente ist der Teilnehmer/Gast bzw. sein gesetzlicher Vertreter verantwortlich. Fragen Sie bitte bei Ihrer Pflegekasse nach.
Wir weisen darauf hin, dass der Teilnehmer/Gast für erbrachte Leistungen, selbst aufkommen muss, wenn die zur Verfügung stehenden Kontingente ausgeschöpft sind.

_____	_____	_____
Datum	**Unterschrift gesetzl. Vertreter**	**Unterschrift Teilnehmer/Gast**

Lebenshilfe
DER REGION BADEN-BADEN BÜHL ACHERN

Kontaktdaten Angehörige/gesetzlicher Betreuer

	Person 1	*Person 2*
Name, Vorname		
Beziehung *(z. B. Mutter,Vater,…)*		
Adresse		
Telefon		
Handy		
Telefon Arbeit		
E-Mail		

Es besteht eine gesetzliche Betreuung gemäß § 1896 ff. BGB in folgenden Angelegenheiten (z.B. Personensorge, Finanzangelegenheiten, Aufenthaltsbestimmung usw.):

……

.....

Weitere Ansprechpartner für Notfälle

Name: ..... Name: .....

Beziehung: ……..... Beziehung: …….....

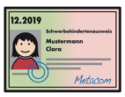
Telefon/Handy: ..... Telefon/Handy: .....

Hausarzt

Name: ..... Telefon:.....

Anschrift:.....

Letzte Tetanusimpfung *(sollte alle 10 Jahre aufgefrischt werden)* Datum:……...

Schwerbehindertenausweis 

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? Ja ☐ Nein ☐ *(bitte aktuelle **Kopie** beilegen)*

Grad der Behinderung (GdB): .....

Haben Sie eine Wertmarke? Ja ☐ Nein ☐ Merkzeichen: .....

Haben Sie ein „B“ auf ihrem Schwerbehindertenausweis? Ja ☐ Nein ☐

Wichtige Informationen / Medizinische Informationen !!

Art der Behinderung: .....

.....

Haben Sie Unverträglichkeiten/Allergien? *(z. B. Lebensmittel, Medikamente, Bienenstiche,…)* Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, welche? ……

Haben Sie sonstige Erkrankungen? *(z. B. Diabetes, Gicht, Bluter, Herzschrittmacher, Asthma, Shunt,.)* Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, welche?.....

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung? Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, welche?.....

Liegt eine Dekubitus-Gefahr vor? Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, wo? .....

Wurde bei Ihnen MRSA (*multiresistenter Erreger*) diagnostiziert? Ja ☐ Nein ☐

Dürfen Zecken von Begleitern entfernt werden? Ja ☐ Nein ☐

Darf eine kleine Wunde von Begleitern desinfiziert und versorgt werden? Ja ☐ Nein ☐

Anfallserkrankung

Liegt ein Anfallsleiden vor? Ja ☐ Nein ☐

Bitte eine **ärztliche Verordnung** beilegen!

wenn ja, welche **Art** (*z. B: Asthma, Epilepsie, Fieberkrampf*): .....

In welcher **Häufigkeit** treten Anfälle auf? ……

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab? Was ist zu beachten? .....

……

……

.....

Notfallmedikament (Dosierung): .....

Wann ist das **Medikament** zu verabreichen? …….....

Wie ist das **Medikament** zu verabreichen? …….....

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

→ *wenn **ja***, bitte beiliegende **ärztliche Verordnung** ausfüllen und vom Arzt unterzeichnen lassen!

→ Bei Änderungen der Medikation bitte eine neue ärztliche Verordnung einreichen.

Verwalten und nehmen Sie die Medikamente selbständig? Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen: (*z. B. muss erinnert werden; müssen auf einem Löffel gegeben werden;…*)

……

……

……

In der **KULE** müssen alle Medikamente im abgeschlossenen Medikamentenschrank gelagert werden!

Motorik und Mobilität

Haben Sie…

	Ja	Nein	Bemerkung
…eine körperliche Einschränkung?			
…Innenschuhe oder Orthesen?			
…Kompressionsstrümpfe?			
…Gleichgewichtsstörungen?			
…einen Rollator? *(wenn ja, ist dieser klappbar?)*			
…einen Rollstuhl? *(wenn ja, ist dieser klappbar?)*			
Müssen Sie im Fahrzeug im Rollstuhl befördert werden?			
Können Sie von einem Rollstuhl in ein Fahrzeug mit Stufe umgesetzt werden? *(z. B. Transit)*			

Benötigen Sie Unterstützung beim…

	Ja	Nein	Bemerkung
…Gehen?			
…Treppen steigen?			
Können Sie an Wanderungen teilnehmen? *(wie lange?)*			

Benötigen Sie…

	Ja	Nein	Bemerkung
…Unterstützung beim Schwimmen?			
…Hilfsmittel beim Schwimmen? *(welche?)* *(es müssen eigene Hilfsmittel und diese auf eigene Verantwortung genutzt werden!)*			
Dürfen Sie mit Begleitung das Schwimmbad besuchen?			
Dürfen Sie mit Begleitung an einem Badebesuch ohne Bademeister/Rettungsschwimmer teilnehmen?			

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Ernährung

Benötigen Sie Unterstützung beim…

	Ja	Nein	Bemerkung
…Essen?			
…Trinken?			

Werden hierbei Hilfsmittel benötigt? *(zum Beispiel: Sonde, Löffel, Schnabeltasse...?)*			
Gibt es weitere Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme?			
Muss etwas bei der Ernährung berücksichtigt werden? *(zum Beispiel: vegan, glutenfrei, kein Schweinefleisch)*			
Neigen Sie zu Verdauungsproblemen?			

Bemerkungen/Vorgehensweisen:

……

……

Genussmittel

(Es gilt das Jugendschutzgesetz & die medizinische Indikation)

	Ja	Nein	Bemerkung
Spricht etwas gegen den Konsum von koffeinhaltigen Getränken?			
Sprechen medizinische Gründe gegen den Konsum von alkoholhaltigen Getränken?			
Sprechen medizinische Gründe gegen den Konsum von Nikotin?			

Bemerkungen:

……

……

……

……

Körperpflege

Benötigen Sie Unterstützung bei:

	Ja *Hilfestellung Übernahme*	Ja *Kontrolle Erinnerung*	Nein *Keine*	Bemerkung
Waschen/Duschen				
Haare waschen				
Zähne putzen				
Rasieren				
Monatshygiene				
Kleiderauswahl				
Anziehen				
Schuhe binden				
Toilettengang				
Säubern nach dem Toilettengang				

	Ja	Nein	Bemerkung
Wird Inkontinenzmaterial benötigt? *(welches?)*			
Wird die Körperpflege aus eigenem Antrieb heraus erledigt?			
Darf Ihnen Sonnencreme der Lebenshilfe aufgetragen werden?			

Bemerkungen/sonstiger Unterstützungsbedarf:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Schlafgewohnheiten

Benötigen Sie…

	Ja	Nein	Bemerkung
…nachts eine Umlagerung?			
…ein Bett-Seitenteil?			
…ein Pflegebett?			
…eine Inkontinenz-Auflage?			
…ein Nachtlicht?			
…ein Babyphon?			

Bemerkungen (*Schlafstörungen, etc.; bei Kindern Aufsteh-/Zubettgehzeit*):

.....

.....

Kommunikation

Können Sie…

	Ja	Nein	Bemerkung
…sprechen?			
…Ihre Bedürfnisse deutlich machen?			
…fremde Menschen verstehen?			
…lesen?			
…schreiben?			
Benutzen Sie Hilfsmittel zur Kommunikation? (*zum Beispiel Talker oder Symbole*)			

Benötigen Sie…

	Ja	Nein	Bemerkung
…eine Brille?			
…ein Hörgerät?			
Wird das Hörgerät / die Brille auch genutzt?			

Bemerkungen (Wie kommunizieren Sie?):

.....

.....

Selbständigkeit

Können Sie…

	Ja	Nein	Bemerkung
…selbständig mit Geld umgehen?			
…sich alleine von der Gruppe entfernen?			
…sich auch außerhalb der gewohnten Umgebung sicher im Verkehr bewegen?			

	Ja	Nein	Bemerkung
Besteht die Gefahr des Weglaufens bzw. in welchen Situationen? *(zum Beispiel Angst vor Tieren oder Freude über ein besonderes Auto)*			

Bemerkungen:

……

……

……

Verhaltensweisen

	Ja	Nein	Bemerkung
Aggressionen gegen Sachen/Personen? *(wenn ja, bitte beschreiben)*			
Autoaggressives Verhalten? *(wenn ja, bitte beschreiben)*			
Einnässen/Einkoten			
Aneignung von fremdem Eigentum			
Stecken Sie sich Gegenstände in den Mund?			
Angst vor/bei_____			
Gibt es feste Rituale, die beachtet werden sollten? *(zum Beispiel Tagesabläufe, Sitzplätze im Auto oder Reihenfolge beim Essen…)*			

Was müssen wir über Sie noch unbedingt wissen?

……

……

……

Interessen

Was machen Sie gerne: *(zum Beispiel Musik, Fußball, malen oder wandern)*

……

……

Was machen Sie nicht gern: *(zum Beispiel lange sitzen, große Wanderungen oder fernsehen)*

……

……

……

Weitere Anmerkungen

(oder falls Ihnen der Platz auf einer anderen Seite nicht gereicht hat)

……

……

……

……

……

……

……

……

Kontakt:
Lebenshilfe BBA e.V.
Breisgaustr. 1
76532 Baden-Baden
Tel.: 07221/97147-0

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass **Fotos/Filmaufnahmen**, die während einem Angebot/Aufenthalt gemacht werden an alle Teilnehmer/Gäste weitergereicht werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin damit einverstanden, dass **Fotos/Filmaufnahmen** zu Zwecken der **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** der Lebenshilfe der Region Baden-Baden – Bühl – Achern e.V. verwendet werden. *(z. B. Zeitungsartikel, Flyer, Plakate, Broschüren, Homepage, Facebook, Instagram…)*

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin damit einverstanden, dass der Bereich Offene Hilfen/KULE bei akuten Erkrankungen während des Aufenthalts alles Erforderliche veranlasst, um **gesundheitliche Gefahren abzuwenden**, so auch die Einweisung in ein Krankenhaus vorzunehmen und die Einwilligung zu zwingend notwendigen Operationen zu geben, **sofern ich oder andere Angehörige nicht erreichbar sind.**

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin damit einverstanden, dass das **Verabreichen von Medikamenten** sowie sonstige **einfache medizinische Maßnahmen**, z.B. das Messen von Blutzuckerwerten, von Begleiter/Innen der Offene Hilfen/KULE vorgenommen werden, auch wenn diese nicht über eine pflegerische Ausbildung verfügen.

Ja ☐ Nein ☐

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente und **Bedarfsmedikamente** werden im Vorfeld schriftlich von den Angehörigen gemeldet (z. B. Nasenspray, Aspirin…) und dürfen während dem Aufenthalt/Angebot eingenommen bzw. von Begleitern ausgegeben werden.

Ja ☐ Nein ☐

Falls Medikamente verabreicht werden und / oder eine Epilepsie vorliegt, reiche ich eine aktuelle ärztliche Verordnung mit Unterschrift des Arztes ein.
Bei Änderungen lege ich den Offene Hilfen/KULE schnellstmöglich eine aktuelle Verordnung vor.

Hiermit bestätige ich, dass ich durch den Bereich Offene Hilfen/KULE über den Einsatz verschiedener Leistungsträger informiert wurde. Die Vorrangigkeit von anderen Leistungsträgern gegenüber den Leistungen der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) ist mir bekannt.

Hiermit erkläre ich, dass ich mir zustehende Leistungen bei den jeweiligen Leistungsträgern beantrage.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ich stimme zu, dass die personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert an die Begleiter weitergegeben werden.

Diese Erklärung ist bis auf Widerruf verbindlich.

_____	_____	_____
DATUM	**UNTERSCHRIFT gesetzl. Vertreter**	**UNTERSCHRIFT Teilnehmer/Gast**

<u>Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren</u>:

Die Vertretung des Kindes ist ein Teil der elterlichen Fürsorgepflicht. Bei gemeinsamem Sorgerecht vertreten die Eltern das Kind gemeinsam. Wir weisen darauf hin, dass die Möglichkeit besteht, dass ein Elternteil das Andere bevollmächtigt, Anmeldungen alleine zu unterschreiben.

Wir bevollmächtigen uns gegenseitig unser Kind für Angebote der Lebenshilfe BBA anzumelden:

_____	_____
Unterschrift der/s 1. Erziehungsberechtigte/n	*Unterschrift der/s 2. Erziehungsberechtigte/n*

Wir akzeptieren auch den Mediaktionsplan Ihres Hausarztes (insofern dieser alle wichtigen Informationen beinhaltet)

Lebenshilfe der Region Baden-Baden - Bühl - Achern e.V.

Ärztliche Verordnung

(bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name des Patienten: _____

Diagnose: _____

Er/ sie erhält zurzeit folgende Medikamente regelmäßig:

DAUERMEDIKATION

Name / Wirkstoff des Medikaments	Einnahme	Verabreichungsform		Morgens	Mittags	Abends	Nachts
	○ Vor der Mahlzeit ○ Mit der Mahlzeit ○ Nach der Mahlzeit	○ Tabletten ○ Kapseln ○ Tropfen ○ Spray/Inhalator ○ Salbe ○ Pulver ○ Spritzen - Pflegedienst	Menge / Dosierung				
			Uhrzeit				
	○ Vor der Mahlzeit ○ Mit der Mahlzeit ○ Nach der Mahlzeit	○ Tabletten ○ Kapseln ○ Tropfen ○ Spray/Inhalator ○ Salbe ○ Pulver ○ Spritzen - Pflegedienst	Menge / Dosierung				
			Uhrzeit				
	○ Vor der Mahlzeit ○ Mit der Mahlzeit ○ Nach der Mahlzeit	○ Tabletten ○ Kapseln ○ Tropfen ○ Spray/Inhalator ○ Salbe ○ Pulver ○ Spritzen - Pflegedienst	Menge / Dosierung				
			Uhrzeit				
	○ Vor der Mahlzeit ○ Mit der Mahlzeit ○ Nach der Mahlzeit	○ Tabletten ○ Kapseln ○ Tropfen ○ Spray/Inhalator ○ Salbe ○ Pulver ○ Spritzen - Pflegedienst	Menge / Dosierung				
			Uhrzeit				

Bei der Einnahme ist zu beachten: _____

Unterschrift vom behandelten Arzt auf zweiter Seite zwingend notwendig!

Wir akzeptieren auch den Mediaktionsplan Ihres Hausarztes (insofern dieser alle wichtigen Informationen beinhaltet)

BEDARFSMEDIKATION

Name / Wirkstoff des Medikaments	Einnahme / Dosierung	Verabreichungsform

NOTFALLMEDIKATION

Name / Wirkstoff des Medikaments	Einnahme / Zeitpunkt / Dosierung	Verabreichungsform

Folgendes Medikament muss gekühlt gelagert werden: _____

Bei Folgenden Medikamenten sind Besonderheiten bei der Einnahme / Verabreichung zu beachten: _____

_____ _____

Datum Unterschrift behandelnder Arzt / Ärztin

Unterschrift vom behandelten Arzt auf zweiter Seite zwingend notwendig!