



# Lebenshilfe

## Landesverband Bayern

An  
Lebenshilfe  
Landesverband Bayern e.V.

Silke Gramann  
Kitzinger Str. 6  
91056 Erlangen

Telefon 09131/ 75461-0  
Fax 09131/ 75461-90  
E-Mail:  
[silke.gramann@lebenshilfe-bayern.de](mailto:silke.gramann@lebenshilfe-bayern.de)

### Betreuungsbogen

**Elterntag „Eltern im Fokus“ am 03.März 2012  
in Erlangen**

Liebe Eltern,

**damit wir für Ihr Kind die optimale Betreuung leisten können, bitten wir Sie um folgende Angaben.**

**Diese Informationen bleiben im Kreis der Lebenshilfemitarbeiter bzw. der Betreuungskräfte des Dienstes, die Ihre Informationen vertraulich behandeln und der Schweigepflicht unterliegen.**

**Allgemeine Angaben zu Ihrem zu betreuenden Kind:**  
 (Bei mehreren Kindern bitte für jedes einen getrennten Bogen ausfüllen!)

Name \_\_\_\_\_

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

Telefon der Eltern für event. Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Was kann .....** ?  
 ( Name des Kindes)

	Ja	Nein	teilweise/ mit Hilfe
Gehen/ Laufen	o	o	o
Sprechen	o	o	o
Hören	o	o	o
Sehen	o	o	o
Sitzen	o	o	o
Greifen	o	o	o
Ankleiden	o	o	o
Schwimmen	o	o	o

**Mein Kind braucht:**

Gehhilfen                      o                      o

Rollstuhl                      o                      o

E- Rolli                      o                      o

Breite in cm: \_\_\_\_\_

**Orientierung in fremder Umgebung**

kann sich in fremder Umgebung gut orientieren

kann Toilette, Gruppenraum, eigenes Zimmer, im Hotel, selbstständig aufsuchen

braucht Unterstützung bei der Orientierung im Haus

ist ohne fremde Unterstützung völlig orientierungslos

sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ernährung

kann völlig selbstständig essen

braucht Unterstützung beim Zerkleinern des Essens

Essen muss eingegeben werden

wird über eine Sonde ernährt

• Lieblingsspeisen/Getränke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• mag überhaupt nicht: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• ist allergisch gegen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• braucht Diätkost: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• sonstiges: \_\_\_\_\_

## Körperhygiene während der Betreuung

braucht Unterstützung bei \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ist völlig auf die Betreuung Dritter angewiesen

braucht Windeln oder andere Inkontinenzhilfen

muss abgesaugt werden

hat einen Katheter

Was sonst zur Pflege wichtig ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Medikamente

Medikamenteneinnahme während der Veranstaltung notwendig?

ja

nein

### Hinweis:

In der Regel werden die Medikamente nur von den Eltern gegeben.

Das Betreuungspersonal verabreicht Medikamente nur nach Anweisung der Eltern.

### Medikation:

Medikament	Früh	mittags	abends	nachts

### Anfälle

---

---

• In welcher Form:

---

---

• Was müssen die Betreuer tun? – Verhalten während und nach eines Anfalles

---

---

### Welche Vorlieben hat Ihr Kind?

---

---

### Was wird abgelehnt?

Auf was reagiert er/sie besonders negativ:

---

---

## Psychische Auffälligkeiten

ist weglaufgefährdet

ist fremd- und autoaggressiv

- Aggressionen treten bevorzugt auf, wenn

---

---

- Ängste

---

---

- Sonstiges

---

---

## Sozialverhalten

Kontaktfreudig gegenüber Gruppe, Personal

Zurückhaltend

**Weitere individuelle Bedürfnisse/Sonstiges und wichtige Informationen für die  
Betreuung**

---

---

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ eines Erziehungsberechtigten

**Bitte senden/ faxen/mailen Sie uns den Betreuungsbogen ausgefüllt, bis  
17. Februar 2012 zurück an:**

**Lebenshilfe Landesverband Bayern e.V.;**  
**z. Hd. Fr. Gramann, Kitzinger Str. 6, 91056 Erlangen**

**Vielen Dank !**