

Selbstauskunftsbogen/Aufnahme

Dieses Feld wird von uns ausgefüllt!
 eingegangen am:
 bearbeitet von:
 weitergeleitet an:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen **gewissenhaft** aus.
 Von der Beantwortung der Fragen ist abhängig, ob wir Ihnen und Ihrem Kind während Ihres Aufenthaltes in unserer Einrichtung gerecht werden können.

Vorab möchten wir darauf hinweisen, dass wir eine intensivmedizinische Versorgung / Betreuung, wie Beatmungen, Tracheostoma Versorgungen oder ähnliches in unserer Einrichtung nicht anbieten.
 Ebenfalls bieten wir **keine** Einzelbetreuung an.

*** Pflichtfelder**

Name Mutter / Vater*:	
Anschrift*:	
Telefon- / Handynummer*:	
E-Mail-Adresse*:	
Name des beeinträchtigten Kindes*:	
Geburtsdatum des Kindes*:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Pflegegrad*:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Rollstuhl*:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1. Art der Beeinträchtigung *	
<input type="checkbox"/> Geistige Beeinträchtigung	Diagnose / genaue Beschreibung*:
<input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung	
<input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten	

2. Pädagogische Informationen *

Welche Einrichtung besucht Ihr Kind? *

- | | | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Förderkindergarten | <input type="checkbox"/> integrativer Kindergarten | <input type="checkbox"/> Regelkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Regelschule | <input type="checkbox"/> Förderschule | <input type="checkbox"/> Förderstätte |
| <input type="checkbox"/> Wohngruppe | <input type="checkbox"/> Werkstatt f. Beeinträchtigte | <input type="checkbox"/> keine Einrichtung |

Betreuungsschlüssel in der Gruppe/Klasse*:

Betreuungskräfte:

Zu Betreuende:

Zusätzliche Hilfskräfte für Ihr Kind *:

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Integrationskraft | <input type="checkbox"/> Familienhelfer*in | <input type="checkbox"/> Schulbegleitung |
| <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung | <input type="checkbox"/> Bezugsperson | <input type="checkbox"/> keine |

3. Medizinische Informationen

Muss Ihr Kind regelmäßige Medikamente einnehmen

Ja

Nein

Wenn ja, welche? (Name des Medikaments, Dosierung, Uhrzeit)

Wir weisen Sie daraufhin, dass Sie für die Verabreichung der Medikamente, während des gesamten Aufenthalts eigenverantwortlich sind. Während der Betreuungszeiten verabreichen die Betreuungskräfte keine Medikamente. Ausschließlich Notfallmedikamente, wie Asthmaspray, krampflösende Medikamente und ähnliches, dürfen von den Betreuungskräften verabreicht werden. Bitte denken Sie an ausreichende Medikamente, auch Fiebersenker, Schmerzmittel u.ä.

Bestehen bei Ihrem Kind Unverträglichkeiten / Allergien auf Medikamente?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind aus medizinischen Gründen auf Zwischenmahlzeiten angewiesen?

Ja

Nein

Wenn ja, zu welcher Uhrzeit?

Leidet ihr Kind an einer Epilepsie oder anderen Krampfleiden? *

Ja

Nein

Art des Anfallsleidens:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Absencen | <input type="checkbox"/> Status epilepticus |
| <input type="checkbox"/> Grand mal | <input type="checkbox"/> BNS |

Häufigkeit:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> selten |
|------------------------------------|---------------------------------|

Dauer:

Sekunden, Minuten, Stunden?

Letzter Anfall:

Wodurch wurde er ausgelöst?

Notfallmedikation:

Name, Dosierung, Wiederholung

4. Nahrungsaufnahme und Ernährung				
isst allein:		<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nie
trinkt allein:		<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Vegetarisch	<input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> pürierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondennahrung
Lebensmittelallergien *:				
Besonderheiten *: z. B. notwendige Diäten				
Bei Lebensmittelallergien und Diäten wird ein ärztliches Attest benötigt!				
5. Sozialverhalten				
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Einhaltung von Regeln und Grenzen? *				
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> kein kognitives Verständnis
Ist Ihr Kind hyperaktiv? *		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Kind in der Lage, sich kurzfristig alleine zu beschäftigen? *		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Kann Ihr Kind mit anderen zusammenspielen? *		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Kind kontaktfreudig? *		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Kind geräuschempfindlich? *		<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie reagiert es? *				
Wie reagiert Ihr Kind in Stresssituationen? *				
Welche Charaktermerkmale zeigen sich bei Ihrem Kind?				
<input type="checkbox"/> freundlich		<input type="checkbox"/> zutraulich		<input type="checkbox"/> neugierig
<input type="checkbox"/> lebhaft		<input type="checkbox"/> impulsiv		<input type="checkbox"/> schüchtern
		<input type="checkbox"/> ängstlich		<input type="checkbox"/> distanzlos
Zeigt Ihr Kind autoaggressives Verhalten? *				
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> schlagen		<input type="checkbox"/> beißen		<input type="checkbox"/> kratzen
				<input type="checkbox"/> kneifen
Zeigt Ihr Kind fremdaggressives Verhalten? *				
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> teilweise
<input type="checkbox"/> schlagen		<input type="checkbox"/> beißen		<input type="checkbox"/> kratzen
				<input type="checkbox"/> kneifen
<input type="checkbox"/> werfen von Gegenständen			<input type="checkbox"/> Zerstörung von Gegenständen	

Gibt es sonstige Verhaltensweisen Ihres Kindes, die für die Gruppenbetreuung relevant sind?

Was macht Ihrem Kind besondere Freude / Spaß? Hat es Vorlieben?

Was tut Ihr Kind besonders ungern?

Hat Ihr Kind Ein- und/oder Durchschlafstörungen?

Ja

Nein

teilweise

Wenn ja, welche Schwierigkeiten ergeben sich daraus?

Benötigt Ihr Kind einen Mittagsschlaf?

Nein

Ja (Hierfür können Sie Ihr Zimmer nutzen.)

6. Aufenthalt allgemein

Was wir sonst noch wissen sollten:

Vielen Dank für Ihre wertvollen Hinweise!

Datum, Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben vollständig sind.

Ergänzende Hinweise:

Bei einer Überforderung Ihres Kindes in der Betreuungsgruppe, behalten wir uns vor die Betreuungszeiten anzupassen!

In unserer Einrichtung stellen wir verschiedene Pflegehilfsmittel wie z.B. Pflegebetten, Toiletten- / Duschstühle, Patientenaufstehhilfen, Lifter, Rollstühle und ähnliches in begrenzter Anzahl zur Verfügung.

Eigene angepasste Hilfsmittel bitte gerne mitbringen.