

Selbstauskunftsbogen/Aufnahme (Webversion)

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**

1. Allgemeine Informationen		
Name Mutter / Vater*:		
Anschrift*:		
Telefon- / Handynummer*:		
E-Mail-Adresse*:		
Krankenkasse*:		
Ich beantrage eine	☐ Mutter-Kind-Maßnahme ☐ Vater-Kind-Maßnahme ☐ Mutter- / Vater-Kind-Maßnahme	
Ich komme mit *	____ Erwachsenen und ____ Kindern	
Namen und Geburtsdatum der Kinder*:		
Besteht bei allen Familienmitgliedern die von der Impfkommision empfohlene Grundimmunisierung, einschließlich Masernschutz?	☐ ja	☐ nein

Hinweis:

Wir weisen im Vorfeld darauf hin, dass ohne den Nachweis eines Masernschutzes (Impfung oder Titerbestimmung) keine Aufnahme möglich ist.

Name des beeinträchtigten Kindes*:			
Geburtsdatum des Kindes*:			
Geschlecht:	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Pflegegrad*:	☐ 1	☐ 2	☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Rollstuhl*:	☐ ja ☐ nein		
2. Art der Beeinträchtigung*			
Diagnose / genaue Beschreibung*:			
☐ Geistige Beeinträchtigung			
☐ Körperliche Beeinträchtigung			
☐ Verhaltensauffälligkeiten			
3. Pädagogische Informationen *			
Welche Einrichtung besucht Ihr Kind? *			
☐ Förderkindergarten	☐ integrativer Kindergarten	☐ Regelkindergarten	
☐ Regelschule	☐ Förderschule	☐ Förderstätte	
☐ Wohngruppe	☐ Werkstatt f. Beeinträchtigte	☐ keine Einrichtung	
Betreuungsschlüssel in der Gruppe/Klasse*:	Betreuungskräfte:_____ Zu Betreuende:_____		
Zusätzliche Hilfskräfte für Ihr Kind*:	☐ Integrationskraft	☐ Familienhelfer*in	☐ Schulbegleitung
	☐ Einzelbetreuung	☐ Bezugsperson	☐ keine

4. Medizinische Informationen*		
Muss Ihr Kind regelmäßige Medikamente einnehmen	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche? (Name des Medikaments, Dosierung, Uhrzeit)		
Hinweis: Sie sind für die Verabreichung der Medikamente, während des gesamten Aufenthalts eigenverantwortlich. Während der Betreuungszeiten verabreichen die Betreuungskräfte keine Medikamente. Ausschließlich Notfallmedikamente, wie Asthmaspray, krampflösende Medikamente und ähnliches, dürfen von den Betreuungskräften verabreicht werden.		
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:	☐ Absencen ☐ Status epilepticus ☐ Grand mal ☐ BNS	
Häufigkeit:	☐ monatlich ☐ selten	
Dauer: Sekunden, Minuten, Stunden?		
Letzter Anfall:		
Wodurch wurde er ausgelöst?		
Notfallmedikation: Name, Dosierung, Wiederholung		
5. Körperhygiene*		
Mein Kind kann selbständig zur Toilette gehen	☐ Ja	☐ Nein
Mein Kind wird gewickelt	☐ Ja	☐ Nein
Mein Kind benötigt Hilfe beim Toilettengang	☐ Ja	☐ Nein
Mein Kind wird katheterisiert	☐ Ja	☐ Nein
Mein Kind hat einen Dauerkatheter	☐ Ja	☐ Nein
Mein Kind benötigt Hilfe bei der Körperhygiene während der Menstruation	☐ Ja	☐ Nein

6. Nahrungsaufnahme				
isst allein:		☐ immer	☐ teilweise	☐ nie
trinkt allein:		☐ immer	☐ teilweise	☐ nie
☐ Vollkost	☐ vegetarisch	☐ kein Schwein	☐ pürierte Kost	☐ Sondennahrung
Lebensmittelallergien*:				
Besonderheiten*: z. B. notwendige Diäten				
Hinweis: Bei Lebensmittelallergien und Diäten wird bei Anreise ein ärztliches Attest benötigt! Die Verpflegung bei Zöliakie, ketogener Diät und Histaminallergie können wir nicht gewährleisten. In diesen Fällen ist eine Aufnahme nicht möglich				
7. Sozialverhalten				
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten in der Einhaltung von Regeln und Grenzen? *				
☐ Ja ☐ Nein ☐ kein kognitives Verständnis				
Ist Ihr Kind hyperaktiv? *			☐ Ja	☐ Nein
Ist Ihr Kind in der Lage, sich kurzfristig alleine zu beschäftigen? *			☐ Ja	☐ Nein
Kann Ihr Kind mit anderen zusammenspielen? *			☐ Ja	☐ Nein
Ist Ihr Kind kontaktfreudig? *			☐ Ja	☐ Nein
Ist Ihr Kind geräuschempfindlich? *			☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, wie reagiert es? *				
Wie reagiert Ihr Kind in Stresssituationen? *				
Welche Charaktermerkmale zeigen sich bei Ihrem Kind?				
☐ freundlich	☐ zutraulich	☐ neugierig	☐ schüchtern	
☐ lebhaft	☐ impulsiv	☐ ängstlich	☐ distanzlos	
Zeigt Ihr Kind autoaggressives Verhalten? *				
☐ Ja ☐ nein ☐ teilweise				
☐ schlagen	☐ beißen	☐ kratzen	☐ kneifen	
Zeigt Ihr Kind fremdaggressives Verhalten? *				
☐ Ja ☐ Nein ☐ teilweise				
☐ schlagen	☐ beißen	☐ kratzen	☐ kneifen	
☐ werfen von Gegenständen		☐ 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?	
8. Schlafverhalten	
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.)
9. Aufenthalt allgemein	
Was sollten wir sonst noch wissen?	
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.	