



Therapiezentrum

Siegburger Str. 311

Tel.: 0228 / 977 48 0

Fax: 0228 / 977 48 43

Liebe Interessierte, liebe Eltern,

um Ihre Anfrage nach einem Dauerwohnplatz oder einer Kurzzeitunterbringung im Therapiezentrum beantworten zu können, ist es notwendig, daß Sie einen individuellen Bericht über sich / über Ihr Kind erstellen.

Für uns ist es wichtig zu erfahren, welche Hilfen und Unterstützung notwendig sind, aber auch persönliche Dinge, wie Hobbies und Vorlieben, interessieren uns.

Je ausführlicher dieser Bericht ist, um so besser können wir beurteilen, ob eine Aufnahme möglich ist. Wir bitten Sie, zusätzlich den beigefügten Fragebogen auszufüllen.

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Rickes
(Leiterin der Einrichtung)



FRAGEBOGEN

an unseren zukünftigen Gast oder Bewohner

Name:

Vorname:

Straße:.....

Geb.Datum:.....

PLZ:..... Wohnort:.....

Tel.:

Eltern:

(falls abweichend von oben, Anschrift und Telefon-Nr. der Eltern)

Name:

Vorname:

Straße:.....

PLZ:..... Wohnort:.....

Tel:

Welche Behinderung besteht:

Grad der Behinderung lt. Bescheid des Versorgungsamtes in %

Besteht eine gesetzl. Betreuung ?.....

Wenn ja, wer ist der gesetzl. Betreuer?.....

WfB? wenn ja welche?.....

welcher Bereich?.....

spez. Tätigkeit:.....

Schule? wenn ja, welche?.....

Wie heißt der Klassenlehrer?

Ohne Beschäftigung

Mobilität - Gehen - Fahren - Sitzen - Liegen

wir möchten wissen, ob unser zukünftiger (Kurzzeit-)Bewohner

- allein gehen kann allein stehen kann

- mit Hilfe einer Betreuungsperson gehen kann

- mit Gehhilfen gehen kann wenn ja welche?

.....

- einen Rollstuhl benutzt

wenn ja, ständig

zeitweise

wenn ja, Elektrorollstuhl Schieberollstuhl

wenn ja, kann der Rollstuhl allein fortbewegt werden?

Einhand/ Pumprollstuhl?

Wie erfolgt der Transfer in und aus dem Rollstuhl und ins und aus dem Bett ?

.....

- auf einem normalen Stuhl alleine sitzen kann?

- seine Sitzposition alleine wechseln kann

- ohne Hilfe vom Liegen zum Sitzen kommt

- sich ohne Hilfe umdrehen kann

- ständig

häufig

zeitweise

liegen muß

wenn ja, aus welchem Grund?

.....

.....

- nur in bestimmten Positionen gelagert werden möchte bzw. sollte:

wenn ja, bitte kurze Beschreibung:

- sich selbständig im Haus bewegen kann

- einen Aufzug bedienen kann:

Essen und Trinken

wir möchten wissen, ob unser zukünftiger (Kurzzeit)-Bewohner

- alleine essen kann

wenn nein, welche Hilfe wird benötigt?

.....

.....

Essen muß vorbereitet werden

kleingeschnitten

püriert

- ein spezielles Eßbesteck

-ein besonderes Trinkgefäß

-einen Spezialteller

benötigt

beim Essen und Trinken außergewöhnliche Schwierigkeiten hat

wenn ja, welcher Art:

Welche Hilfen sind hier notwendig, worauf muß besonders geachtet werden

.....

- besondere Eßgewohnheiten hat

-nur bestimmte Nahrung zu sich nehmen kann

wenn ja, welche Art

nur flüssige Nahrung

Diät

Breiige Kost

Spezialnahrung

- im Rollstuhl / am Tisch

nur liegend

oder essen und trinken kann

Körperpflege

wir möchten wissen, ob unser zukünftiger (Kurzzeit)-Bewohner

- sich alleine an und ausziehen kann

dabei Hilfe benötigt

welche

.

- sich ohne Hilfe waschen duschen. baden. kann .

wenn nein, welche Hilfe ist notwendig:

Zähne putzen Haare waschen.

waschen der oberen Körperhälfte

waschen der unteren Körperhälfte

-alleine zur Toilette gehen kann.

-auf der Toilette selbständig ist

-auf der Toilette Hilfsmittel benötigt

wenn ja, welche

-Windeln benötigt

wenn ja, wegen

Blaseninkontinenz.

Darminkontinenz

tagsüber nachts.

-besondere Probleme mit der Verdauungssystem hat

wenn ja, welche:

Extrem häufiger Stuhlgang:

häufiger Durchfall:

Häufig Verstopfung.

Oder:

-besondere Schlafgewohnheiten hat

wenn ja, welche

.....

-ein spezielles Bett benötigt

-Sicherungsvorkehrungen benötigt:

.....

Medizinische Versorgung

Wir möchten wissen, ob

-eine besondere ärztliche Betreuung oder pflegerische Behandlungsmaßnahmen wie z.B.

Absaugen notwendig sind

.....

durch einen praktischen Arzt:

Facharzt für:

Facharzt für Orthopäde:

Facharzt für Neurologie.

.....

-Krampfanfälle auftreten:

-

wenn ja, bitte genau angeben um welche Anfälle es sich handelt, die Dauer und Häufigkeit. . .

.....
Aufgrund der Krampfanfälle sind folgende Sicherheitsvorkehrungen zu treffen:

.....
Dauermedikamente eingenommen werden, wenn ja welche (Dosierung bitte angeben):

.....
-eine Medikamentenunverträglichkeit besteht:

.....
die Medikamente selbstständig eingenommen werden können

ob Hilfe benötigt wird.

- ob allergische Reaktionen auftreten:

wenn ja, wogegen besteht eine Allergie:

.....
Besteht ein erhebliches Übergewicht.

Besteht ein erhebliches Untergewicht:

Kommunikation

Wir möchten wissen, ob unser zukünftiger (Kurzzeit)-Bewohner

- sich sprachlich verständigen kann

.....
- sich durch Mimik und Gesten verständigen kann

.....
- Hilfsmittel zur Kommunikation benutzt

- wenn ja, welche

- Probleme mit der Kommunikation hat

- wenn ja, welche?

- Probleme mit der Kommunikation hat
- wenn ja, welche
- Gespräche mit anderen Bewohnern führen kann
- verstehen kann
- leicht Kontakt findet zu Gleichaltrigen..... zu Betreuern
- zur Zeit Mitglied einer Freizeitgruppe ist
- Einschränkungen beim Sehen/Hören hat
- eine schwer zu verstehende Stimme hat
- häufig Laute äußert
- wenn ja, in welchen Situationen

Interessene und Hobbys

Besteht ein Interesse sich mit folgenden Freizeitmöglichkeiten zu beschäftigen:

- Malen
- Musizieren.....
- Gartengestaltung
- sportl. Aktivitäten
- Basteln.....
- Kochen
- Lesen
- Spiele.....
- Gruppenaktivitäten.....
- Ausflüge
- solche Aktivitäten selbstständig unternommen werden.....
- in Begleitung
- wird sonstige Hilfestellung benötigt

- sonstige Interessen, Hobbys und Vorlieben

.....

Und nun interessiert uns noch, welche Wünsche und Erwartungen unser zukünftiger (Kurzzeit)-
Bewohner an den Aufenthalt im Therapiezentrum hat.:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

----- , den -----
(Unterschrift)