

Begleitbogen Allgemein

Name:

Vorname:

geboren:

Liebe Kundin, lieber Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich die Zeit nehmen, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie die Inhalte an, die aus Ihrer Sicht wichtig sind, damit wir Sie bestmöglich unterstützen können. Punkte, die auf Sie nicht zutreffen oder die für das von Ihnen gewünschte Lebenshilfe-Angebot nicht relevant sind, können Sie frei lassen. Wenn Sie Fragen oder Hinweise haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Viele Grüße

Ihre Lebenshilfe Dresden

Biografisches

Wichtige persönliche Ereignisse (z.B. besondere persönliche Erfolge, Verlust wichtiger Menschen, Trennungen):

Wichtige Informationen zum Lebenslauf:

Schulbildung (bei Aufnahme in Tagesgruppe und Werkstatt):

Berufliche Erfahrungen/ Praktika (bei Aufnahme in Tagesgruppe und Werkstatt):

Berufliche Wünsche /Erwartungen (bei Aufnahme in Tagesgruppe und Werkstatt):

Art der Behinderung/Diagnosen**Diagnose/n (genaue Beschreibung zur Person):***Interner Hinweis: FO Schmerzerfassung¹***Chronische Erkrankungen/Allergien (z.B. Asthma, Diabetes, Multiple Sklerose, Parkinson, Rheuma):** ja nein (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)*Interner Hinweis: FO Diabetes, FO Allergien¹***Anfallsleiden (Art des Anfalls, Hilfsmittel, Vorgehen):** ja nein (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)*Interner Hinweis: FO Anfallserkrankungen¹* **Dauermedikamente** **Bedarfs-/Notfallmedikamente (siehe Medikamentenbogen)****Ärztlich verordnete Maßnahmen (z.B. Katheterisierung, Absaugen, Wundversorgung, Blutdruckmessung):** Viele ärztlich verordnete Maßnahmen müssen durch einen Pflegedienst erbracht werden. Wir beraten Sie dazu gern. ja nein (wenn ja, bitte nähere Beschreibungen)

Hilfsmittel/Medizinprodukte

- Brille Kontaktlinsen Zahnprothese Zahnspange Hörgeräte
 Rollstuhl Rollator Buggy Gehhilfe: _____
 Prothesen/Orthesen/Einlagen/Schienen: _____
 Kommunikationshilfsmittel: _____
 Sonstiges Medizinprodukte (z.B. Lifter, Toilettenstuhl, Duschrollstuhl): _____

Hinweise zur Nutzung der Hilfsmittel/Medizinprodukte:

Interner Hinweis: FOs Medizinprodukte¹

Ärzte und Therapeuten

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name: _____ Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name: _____ Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name: _____ Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Name: _____ Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Therapie:

Therapie: _____ Wann/Häufigkeit: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

 in der Einrichtung bei der Praxis Begleitung erforderlich

Therapie: _____ Wann/Häufigkeit: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

 in der Einrichtung bei der Praxis Begleitung erforderlich**Unterstützende Angebote:** Selbsthilfegruppe: _____ Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) Sonstige: _____**Bitte lesen Sie unbedingt die Einwilligungserklärung zum Datenschutz, bevor Sie den Begleitbogen unterschreiben!**_____
Datum, Unterschrift Kunde/in / Vertretung Daten wurden im Gespräch erhoben durch (Name Mitarbeiter/in): _____