



Fragebogen zur Aufnahme von Kindern mit Handicap

Geplante Maßnahme von: _____ bis: _____ in der Fachklinik _____

Name: _____ geboren am: _____

Adresse: _____ Gewicht: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Größe: _____

Behandelnder Arzt am Heimatort
(Adresse / Telefon) _____

Ärztliche Betreuung in spezieller Einrichtung: _____

Art der Behinderung:

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | Grad der Behinderung : _____ | <input type="checkbox"/> nicht beantragt |
| <input type="checkbox"/> Körperbehinderung | Merkzeichen: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensprobleme (schwer) | Pflegegrad: _____ | <input type="checkbox"/> nicht beantragt |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsrückstand | | |

Infektionen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Neigung zu Atemwegsinfekten | andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis B | |
| <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis C | |
| <input type="checkbox"/> vollständiger Impfschutz | <input type="checkbox"/> unvollständiger Impfschutz |
| <input type="checkbox"/> nicht geimpft | |

Fragen zur Pflege:

Die Patientin /der Patient... (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ist Rollstuhlfahrer. | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim An- und Auskleiden. | <input type="checkbox"/> besitzt einen E-Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> muss immer geschoben werden. | <input type="checkbox"/> muss gewindelt werden. | <input type="checkbox"/> besitzt einen Rehabuggy |
| <input type="checkbox"/> kann kurze Strecken alleine gehen. | <input type="checkbox"/> hat Anfälle. | |

Dauermedikamente:

- | | |
|----------|------------------|
| 1. _____ | Dosierung: _____ |
| 2. _____ | Dosierung: _____ |
| 3. _____ | Dosierung: _____ |

Bei Vorliegen eines Anfallsleidens:

Wie laufen die Anfälle ab?
(kurze Beschreibung)

Wie lange dauern die Anfälle? _____

Lässt sich der Anfall unterbrechen? _____

Wie häufig treten die Anfälle auf? _____

Fand bereits eine Notfalleinweisung wegen eines epileptischen Anfalls statt? (ja/nein) _____

Verständigung:

Sprachverständnis: regelmäßig teilweise reagiert auf Ansprache

Sprache: in ganzen Sätzen Einzelworte in Lauten durch Gesten

Lesen: fließend buchstabierend nicht

Schreiben: fließend Einzelworte nicht

Sozialverhalten:

ängstlich zurückhaltend anpassungsfähig

lebhaft umtriebig aggressiv

Weglauftendenzen _____

Hygiene:

tags

nachts

Einnässen nie selten oft nie selten oft

Einkoten nie selten oft nie selten oft

Was sollte bei der Unterbringung berücksichtigt werden?

Benötigen Sie in unserer Klinik: Pflegebett behindertengerechtes Bad
 Therapiebett mit hohen Seitenteilen, Holzstäben bzw. Plexiglas und Türen (KayserBett, FreiStil-Bett) Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie, dass individuelle Hilfsmittel (Therapiestuhl, Stehständer, Kommunikationshilfen etc.), Pflegemittel und Dauermedikamente für den eigenen Bedarf mitzubringen sind!

Förderungen/Therapien am Heimatort (Häufigkeit pro Woche):

Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Psychomotorik	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	Psychologische Betreuung	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Betreuung zu Hause (genaue Bezeichnung der Einrichtung):

Kindergarten _____ Hort _____
 Schule _____ Werkstatt _____
 Andere: _____

Mit Integrationsplatz? _____ Mit Integrationshilfe? _____ Inklusive Betreuung? _____

WICHTIG! Bitte geben Sie Ihren Namen und eine Rückrufnummer an:

Vorname, Name: _____ Tel.-Nr.: _____