

# Stammdaten FUD

## Gruppenangebote

### Tages- und Einzelbetreuung



**Lebenshilfe**  
Schwäbisch Gmünd gGmbH

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Montags-Club    | <input type="checkbox"/> Bewegt in die Welt    |
| <input type="checkbox"/> Dienstag-Treff  | <input type="checkbox"/> Junge Wilde           |
| <input type="checkbox"/> Jugendkegeln    | <input type="checkbox"/> Wochenendbetreuung    |
| <input type="checkbox"/> Ü30 Kegeln      | <input type="checkbox"/> Ferienprogramm        |
| <input type="checkbox"/> Töpferwerkstatt | <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung       |
| <input type="checkbox"/> Nachtschwärmer  | <input type="checkbox"/> Sonderveranstaltungen |
| <input type="checkbox"/> Stammtisch      | <input type="checkbox"/> Fussball & Co.        |
|  | <input type="checkbox"/> Tanzkurs              |

### Teilnehmer

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehbehinderung | <input type="checkbox"/> Rollator       | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> blind          | <input type="checkbox"/> gehörlos  |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz    | <input type="checkbox"/> Einlagen       | <input type="checkbox"/> Windeln   |
| <input type="checkbox"/> Medikamente    | <input type="checkbox"/> Notfallmedizin | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Demenz         | <input type="checkbox"/> Trisomie       | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
|   | <input type="checkbox"/> Diabetes       | <input type="checkbox"/> Autismus  |



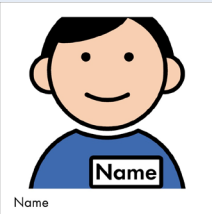

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Strasse	
Krankenkasse		PLZ + Ort	
Vers.-Nr.		Telefon	
Entlastungsb.	<input type="checkbox"/> wird verwendet <input type="checkbox"/> nicht genutzt	Mobil	
Verh.-Pflege	<input type="checkbox"/> wird verwendet <input type="checkbox"/> nicht beantragt	Geburtstag	
Umw. Kurzzeit	<input type="checkbox"/> wird verwendet <input type="checkbox"/> nicht beantragt	Geburtsort	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe <input type="checkbox"/> Persönliches Budget nach SGB IX	Arbeitsplatz Schule	
B-Ausweis	% <input type="checkbox"/> Begleitperson	Konfession	
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> TBL <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> BB ue Bef.	Staatsangehörigkeit	
Parkausweis	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> liegt vor		

### Arzt

Name		Telefon	
Ort			

Gesetzliche Betreuung - Gesetzliche Vertreter  Mutter  Vater

Name		Mobil	
Straße		Telefon	
PLZ + Ort		email	



# Stammdaten FUD

## Gruppenangebote

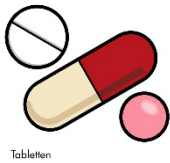
### Tages- und Einzelbetreuung



**Lebenshilfe**  
Schwäbisch Gmünd gGmbH

### Medikamentengabe – bitte Zusatzblatt ausfüllen

Ja      Nein



Tabletten

Teilnehmer nimmt regelmäßig Medikamente ein    
Medikamentengabe während der Betreuungszeit

Name des Medikaments und Uhrzeit



llahrA

Notfallmedikamente

### Verhalten

sehr ruhig       eher ruhig       aktiv       sehr aktiv

### Weglauftendenz

nein       sehr selten       gelegentlich/situativ       dauerhaft

### Orientierung

zeitlich       gut       gelegentlich       schlecht  
örtlich       gut       gelegentlich       schlecht  
situativ       gut       gelegentlich       schlecht  
personell       gut       gelegentlich       schlecht

### Verständigung

Sprache       spricht verständlich       undeutlich       stumm  
Verständnis  versteht gut       versteht eher wenig       gehörlos

### Sicht

Brille       gut       mäßig       schlecht       blind

### Fortbewegung

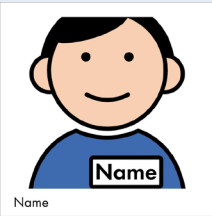
läuft selbstständig – ohne Einschränkung       leichte Einschränkung  
 läuft selbstständig mit Assistenz       keine langen Strecken  
 zeitweise Rollator oder Gehstock       Rollator  
 zeitweise Rollstuhl       Rollstuhl - starke GB  
 geht selbstständig zur Toilette       muss erinnert werden  
 teilweise Assistenz       Begleitperson

### Inkontinenz

Urin       nein       gelegentlich       ja       Katheter  
Stuhl  nein       gelegentlich       ja       Stoma  
 offene Einlage       geschlossene Einlage       wird versorgt

### Ermächtigung zu pflegerischen Maßnahmen

- Der Teilnehmer benötigt keine pflegerischen Maßnahmen während der Betreuung
- Hiermit ermächtige ich/ermächtigen wir die Mitarbeiter des Familienunterstützenden Dienst der Lebenshilfe Schwäbisch Gmünd pflegerische Maßnahmen an dem Teilnehmer durchzuführen.



# Stammdaten FUD

## Gruppenangebote

### Tages- und Einzelbetreuung



#### Hilfsmittel

- Hörgerät       Zahnprothese       Stützkorsett  
 Orthesen       Arm-/Beinprothese

#### Essen & Trinken



- isst selbstständig       Assistenz notwendig       Essensgabe  
 bringt eigenes Essen       püriertes Essen       mundgerecht  
 trinkt selbstständig       Schnabeltasse       Magensonde/PEG

#### Allergien und Unverträglichkeiten

- ja     nein     unklar



#### Beförderung

- normaler Sitzplatz       Sitzerhöhung       Rollstuhl  
 kann vorne sitzen       Kindersitz       wird umgesetzt  
 Abschnallschutz       5-Punkt-Sitz

#### Abholung

- Abholung am Arbeitsplatz/Schule       Abholung zu Hause  
 Teilnehmer kommt selbstständig       wird gebracht



#### Uhrzeit - Adresse - Telefon - Ansprechpartner

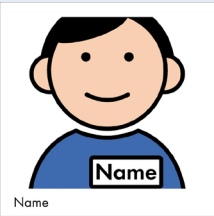
#### Heimfahrt

- Teilnehmer kann ohne Betreuer alleine/in einer Gruppe öffentliche Verkehrsmittel nutzen  
 Teilnehmer wird (nach Absprache) abgeholt  
 Teilnehmer wird von Mitarbeitern des FUD oder Fahrdienst gefahren  
 findet selbstständig den Weg zur Türe/muss nicht begleitet werden  
 wird von Betreuern an die Tür begleitet und von Angehörigen\* in Empfang genommen

#### Einverständniserklärung zur Abholung und in Empfang nehmen durch andere Personen\*

Hiermit erkläre ich/erklären wir, dass der Teilnehmer von nachfolgend aufgeführten Personen in meinem/unseren Auftrag vom Programm des Familienunterstützenden Dienstes abgeholt, bzw. nach dem Fahrdienst in Empfang genommen werden darf.

#### Namen der berechtigten Personen - Verwandtschaft/Bezug zum Teilnehmer



# Stammdaten FUD

Gruppenangebote  
Tages- und Einzelbetreuung



**Lebenshilfe**  
Schwäbisch Gmünd gGmbH

## Diagnosen und Erkrankungen

## Besondere Bedürfnisse:

## Vorlieben:

## Spielt gerne mit ...

## Kann beruhigt werden durch ...

## Sollte vermieden werden ...

## Sonstiges

Schwäbisch Gmünd, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

Schwäbisch Gmünd, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. gesetzlichen Vertreter/Sorgeberechtigte