


Teil 1
Persönliche Angaben

Name der Klientin / des Klienten		Geb.Dat.	
Straße		Tel. Nr.	Handy
Wohnort		Email Adresse	
Haben Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis ? Falls ja, Grad der Behinderung: <input type="text"/>		Haben Sie eine Wertmarke zur freien Nutzung von Bus und Bahn ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei Minderjährigen		Wohnt im Wohnheim / ABW seit	
Name, Anschrift und Telefon der Erziehungsberechtigten:		Anschrift:	
<input type="checkbox"/> leibl.Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer		Telefon im Wohnheim:	

Haben Sie eine Beeinträchtigung? ja nein
 Wenn ja, welche?

Können Sie sprechen? ja nein
 Haben Sie einen Sprachcomputer oder eine Sprechtafel? ja nein

Bitte beachten Sie: eine vom Arzt ausgefüllte Medikamentenverordnung muss beim Betreuungsbeginn vorliegen, damit die Betreuungskraft Medikamente verabreichen darf! Bitte bei jeder Medikamentenänderung eine neue Medikamentenverordnung vom Arzt ausfüllen lassen.

Medikamentenverordnung liegt vor ja nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Welches Medikament? _____

Nehmen Sie das Medikament selbstständig ein? ja nein

Haben Sie eine Allergie gegen ein Medikament? ja nein

Wenn ja, welche _____

Teil 2		Wichtige Informationen über Sie	
Gibt es Situationen, die Ihnen Angst machen?			
Kommen Sie mit vielen Menschen klar? (zum Beispiel bei Veranstaltungen)			
Bei was fühlen Sie sich überfordert?			
Wie reagieren Sie bei Angst und Überforderung?			
Was hilft Ihnen, wenn es Ihnen nicht gut geht?			
Brauchen Sie Hilfe bei der Pflege? (zum Beispiel Waschen, Anziehen Toilette)			
Haben Sie Allergien?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?			
Benötigen Sie ein Hilfsmittel?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welches?			
Was ist sonst noch wichtig?			

Teil 3 Krampfneigung / Krampfanfälle / Epilepsie

Haben Sie Krampfneigung? ja nein

Haben Sie Krampfanfälle? ja nein

Brauchen Sie ein Medikament bei einem Anfall?
 ja nein

Wenn ja, welches Medikament?

Medikamentenverordnung muss vorliegen!

Soll die Assistentin bei einem Anfall den Notarzt rufen?

ja nein

Was löst einen Anfall bei Ihnen aus?

Wie lange dauert ein Anfall?

Was passiert mit Ihnen während eines Anfalls?

Was muss die Assistentin während eines Anfalls tun?

Sollten Änderungen eintreten, müssen diese vor der nächsten Betreuung mitgeteilt und ein neuer Grundfragebogen ausgefüllt werden!

Alle Angaben sind nach bestem Wissen gemacht worden.

_____ Datum

_____ Unterschrift Assistenznehmer

oder

_____ Unterschrift Erziehungsberechtigter

Wer hat Ihnen beim Ausfüllen geholfen? _____

Teil 4 Wofür benötigen Sie den ADI ?

Ich benötige den ADI zur Begleitung bei persönlichen Vorhaben.

Ich möchte gern beim Freizeitclub mitarbeiten und Aktionen anbieten.

Sie können etwas gut und möchten dies anderen Menschen gerne anbieten.

Was würden Sie gerne anbieten? _____

Benötigen Sie dabei Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja, wobei? _____

Sie möchten sich gemeinnützig betätigen.

Was möchten Sie tun? _____

Benötigen Sie dabei Unterstützung? Ja Nein

Wenn ja, wobei? _____

Sie möchten gern in einer Gruppe mitmachen, die sich gemeinsam gemeinnützig betätigt.

Was würden Sie gern tun? _____

Was möchten Sie nicht tun? _____

Sie können gerne auch mehrere Kästchen ankreuzen