

Fragebogen

Bitte Zutreffendes unterstreichen

Name, Vorname:

Medikamente

Grundmedikation

Name des Medikaments	Dosierung	Grund/Indikation
----------------------	-----------	------------------

Bitte genügend Medikamente in Wochendosett mitgeben (Reserve für einige Tage erwünscht).
Bei allopathischen Medikamenten sind Packungsbeilagen mit zu geben.

Notfall Medikamente

Bei:

Name des Medikaments	Dosierung
----------------------	-----------

Medizinische Angaben

Epilepsie	nein	ja	
Anfälle	nein	ja	Häufigkeit
Beschreibung eines charakteristischen Anfalls			

Allergien	nein	ja	auf:
-----------	------	----	------

Heuschnupfen	nein	ja	bei:
--------------	------	----	------

Asthma	nein	ja	
--------	------	----	--

Herz/Kreislauf	gesund	gelegentliche Probleme:	
	Begrenzte Belastbarkeit:		

Diabetes	nein	ja	
----------	------	----	--

	Diät:		
--	-------	--	--

Psyche

letzte Tetanusimpfung

Anmerkungen:

Name, Vorname: _____

Allgemeiner Gesundheitszustand

Gesundheitszustand	gut	empfindlich	schonungsbedürftig
Mobilität, zu Fuss	ausdauernd	Max. 1 Std.	gering
Rollstuhlfahrer	nein	ja	bei:
Schwimmkenntnisse	sicher	unsicher	unselbständig
Bitte Schwimmhilfen mitgeben!			
Stereotypien	nein	ja	
Autoaggressionen	nein	ja	Schutz:
Gewaltbereitschaft	nein	ja	Auslöser:
	Schutz:		
Hilfsmittel	nein	ja	welche
Brille	nein	ja	
Hörgeräte	nein	ja	
Raucher	nein	ja	
Andere:			

Tagesgestaltung

Allgemeine Haltung	aktiv	passiv	braucht Anregung
Vorlieben, Interessen:			

Allgemeines

Sprache, Kommunikation	gut	wenig	nonverbal	
Französischkenntnisse	ja	wenig	nein	
Lesen, Schreiben	gut	wenig	nein	
Kennen der Uhrzeit	ja	wenig	nein	
Räumliche Orientierung	gut	wenig	Wegläufer	
Selbständig bewegen	auf dem Gelände		ausserhalb	nein
Umgang mit Geld	selbständig	mit Begleitung	unselbständig	
Einhalten von Abmachungen	zuverlässig	wenig	nein	
Umgang mit Tieren	ängstlich	vorsichtig	unvorsichtig	

Essen

Diät	nein	ja	welche:
Vorlieben:			
Abneigungen:			
Kaffee			
Alkohol	erlaubt	wenig	nicht erlaubt
Hilfestellungen beim Essen	nicht notwendig		notwendig:
Kleiderwahl	selbständig		braucht Unterstützung:
Körperhygiene, Duschen	selbständig		mit Aufforderung mit Unterstützung
Hygiene, Toilette	selbständig		inkontinent inkontinent nachts
Schlafgewohnheiten	Muss nachts zur Toilette gebracht werden durchschlafen		steht auf Schlafwandler

Anderes:

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen Person