

Individueller Betreuungsbedarf

Name:

Vorname:

Aktuelle Pflegerisch-medizinische Situation

spezielle Behandlungspflege		
Brauchen Sie Pflege in der Nacht?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja in welchem Umfang?		
Therapien		
Therapien können während des Ferientaufenthaltes nicht organisiert werden		
Leiden Sie unter Epilepsie ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja wie ist die übliche Anfallsfrequenz?		

Beschreiben Sie bitte die Symptome vor dem Anfall

Beschreiben Sie bitte die Symptome während eines Anfalls

Bitte Kopie des Anfallskalenders der Anmeldung beilegen.

Allergien

ja

Nein

Bitte Kopie **Allergiepass** der Anmeldung beilegen

Notfallmedikament:

Medikamente

Bitte aktuelles **Medikamentenblatt** der Anmeldung beilegen

Bitte bei Eintritt die für den Aufenthalt vorgerichteten Medikamente mitgeben / auch die Reservemedikamente

Hilfestellung beim Essen und Trinken

Hilfestellung beim An- und Auskleiden

Hilfestellung im Umgang mit Hygiene / Toilette / Inkontinenz

Hilfestellung Körperpflege

Hilfestellung im Umgang mit Hilfsmitteln / Mobilität / Transfer

Spezielle Verhaltensweisen

Ihre besonderen Stärken und Fähigkeiten / Ressourcen

Freizeitgestaltung

Üblicher Tagesablauf

Wahrnehmung

Geographische Orientierung / zeitliche Orientierung

Sprache und Kommunikation

Worauf muss ich in der Kommunikation mit Ihnen achten?
