



Fragebogen für neue Kund*innen

Bitte zusammen mit der Reiseanmeldung ausgefüllt zurückschicken.

Mit diesem Fragebogen möchten wir einige Informationen zum Assistenzbedarf Ihres Kindes einholen, damit wir uns gut auf die gemeinsame Zeit vorbereiten können.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Ist Ihr Kind eher ...? kontaktfreudig zurückhaltend

evtl. Besonderheiten: _____

Wie ist der allgemeiner Gesundheitszustand Ihres Kindes? Gibt es Einschränkungen der Belastbarkeit? (z.B. bei Sport, Wanderungen, usw.) _____

Bestehen Einschränkungen in der Mobilität? ja nein

Wenn ja, welche Hilfsmittel benötigt Ihr Kind? Geh-Hilfe Rollator Falt-Rollstuhl
 Rollstuhl E-Rollstuhl

Ist Ihr Kind umsetzbar? ja nein

Sonstige Hilfsmittel: _____

Wie kommuniziert Ihr Kind? verbal nonverbal Gebärden

Bemerkungen/Hilfsmittel: _____

Trägt Ihr Kind eine Brille, Hörgeräte oder ähnliches? Was ist zu beachten? _____

Kann Ihr Kind sich alleine orientieren und ggf. ohne Aufsicht bewegen?

im Ferienhaus: ja nein

auf dem Gelände der Einrichtung: ja nein

am Ferienort (Ort/Stadt): ja nein

Wie ist der Unterstützungsbedarf Ihres Kindes ...

Bekleidung:	selbständig	mit Anleitung/Kontrolle	durch Betreuer*in
Kleidungs Auswahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffer aus- und einpacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mahlzeiten:

Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Körperhygiene:

Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatshygiene / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seite **Besteht bei Ihrem Kind eine Anfallsbereitschaft?** ja nein

2
von **2** Wenn ja, Häufigkeit der Anfälle, letzter Anfall? _____
Was kann einen Anfall auslösen? _____
Wie ist mit einem Anfall umzugehen? _____

.....
Diagnose der Behinderung: _____

.....
Wird erhöhte Aufsicht für Ihr Kind benötigt? ja nein
Wenn ja, warum? _____

.....
Kann es zu Problemen in Konfliktsituationen mit Ihrem Kind kommen, und wie ist damit umzugehen? z.B. bei Unruhe, Lärm, Zeitdruck usw. _____

.....
Hat Ihr Kind eine behandlungsbedürftige Erkrankung, chronische Krankheiten oder Infektions-Krankheiten, die während des Aufenthaltes akut werden könnten? (z.B. Neurodermitis, Diabetes, Hepatitis usw.) ja nein
wenn ja, welche und was ist zu beachten? _____

.....
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten, muss eine Diät eingehalten werden? (Nahrungsmittel / Tierhaare / Pollen oder Gräser / Medikamente / Impfstoffe oder Sonstige?) ja nein
wenn ja, welche und was ist zu beachten? _____

.....
Wie sind die Schlafgewohnheiten ihres Kindes? Gibt es besondere Rituale? _____

.....
Welchen Betreuungsschlüssel benötigt Ihr Kind? (Bitte berücksichtigen Sie, dass die die Betreuung auf der Reise von fremden Personen in einem unbekanntem Umfeld durchgeführt wird! 1:1 bedeutet ein*e Betreuer*in betreut ein Kind, 1:2 ein*e Betreuer*in betreut zwei Kinder usw.)
 1:3 1:2 1:1

.....
Bis hierher haben wir viele Fragen an Sie gehabt. Möglicherweise gibt es aber noch weitere wichtige Informationen und Hinweise zu Ihrem Kind, die wir nicht abgefragt haben und die Sie uns mitteilen möchten:

Bitte den Fragebogen zusammen mit der Reiseanmeldung zurücksenden:

Mit der **Post** an: **Lebenshilfe gGmbH – Familienentlastende Dienste**
Dohnagestell 10, 13351 Berlin

Oder per **Fax** an: **030 6.000.00-25**

Oder per **E-Mail** an: **fed@lebenshilfe-berlin.de**

Danke!

