
Persönliche Angaben

Fragen zum Gesundheitszustand

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.Nr./Natel: _____

Geb.Datum: _____

Betreuungsperson: _____

Tel.Nr./Natel: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.Nr./Natel.: _____

Versicherungen

Krankenkasse: _____

Allgm.

Halbprivat

Privat

Unfallversicherung: _____

Allgm.

Halbprivat

Privat

Haftpflichtvers.: _____

Essen

- Ich bin Vegetarier
- Ich rauche nach dem Essen
- Ich trinke koffeinfreien Kaffee

- Ich muss auf die Menge achten
- Ich darf Alkohol trinken

Mein Lieblingsessen: _____

Was ich gar nicht mag: _____

Lebensmittelallergien: _____

Gesundheitsprobleme

	regelmässig	ab & zu	selten	keine
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien: _____

-
- Ich bin anfällige für Erkältungen
 - Ich bin empfindlich auf Sonneneinstrahlung
 - Ich habe Stuhlinkontinenz
 - Ich habe Urininkontinenz
 - Ich neige zu Verstopfung
 - Ich neige zu Durchfall
 - Ich leide an Schlafstörungen
 - Ich bin eine Frühaufsteherin
 - Ich bin ein Nachtmensch
 - Ich schlafe sehr gerne aus
 - Sonstiges: _____

Medikamente

- Ich nehme die Medikamente selbständig
- Ich möchte, dass man mir die Medikamente zuteilt

Folgende Medikamente nehme ich:

	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Probleme / Spezielles Verhalten

Ich neige manchmal zu Wutausbrüchen und aggressivem Verhalten

Ich fühle mich manchmal depressiv

Ich weine sehr schnell

Ich bin sehr ängstlich

Ich bin manchmal ein bisschen verwirrt

Ich fürchte mich vor _____

Anderes _____

Unterstützung / Betreuung

ja

nein

Ich brauche einen Mittagsschlaf

Ich kann mich selbständig ankleiden

Ich kann mich selbständig duschen/waschen

Ich darf selbständig baden (Achtung Epileptiker!)

Ich gehe selbständig auf's WC

Ich putze meine Zähne selber

Ich rasiere mich selbständig

Ich wechsele unaufgefordert meine Kleider

Ich melde meine Bedürfnisse an

Ich sage, wenn ich Hilfe benötige

Ich kann lesen

Bei folgenden Dinge benötige ich Unterstützung: _____

Geld

ja

nein

Ich kann mit Geld umgehen

Ich brauche Unterstützung beim Einteilen

Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet

Mobilität

ja

nein

Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig

Mir wird schlecht beim Autofahren

Mir wird schlecht beim Schifffahren

Mir wird schlecht beim Zugfahren

Sport

ja

nein

Ich kann kurze Distanzen gehen

Ich kann lange Distanzen gehen

Ich wandere gerne

Ich kann schwimmen

Ich kann nur mit Schwimmhilfe schwimmen

Ich fahre Fahrrad

Generelle Haltung / Tagesgestaltung

ja

nein

Ich bin gerne aktiv

Ich bin lieber passiv

Ich brauche Anregung

Das darf ich auf keinen Fall _____

Weitere Anmerkungen

Der Fragebogen wurde ausgefüllt durch:

- Betreuungs- oder Bezugsperson
- Teilnehmende Person zusammen mit Betreuungsperson
- Eltern / Gesetzlicher Vertreter
- Teilnehmende Person

Unterschrift der teilnehmenden Person:

Unterschrift gesetzl. Vertretung oder Betreuungsperson:

Ort: _____ Datum: _____