



# Lebenshilfe

Regionalvereinigung  
Kamenz-Hoyerswerda e.V.  
www.lebenshilfe-kamenz-hoyerswerda.de

Familienentlastender Dienst  
Feigstraße 21, 01917 Kamenz

## Fragebogen für Eltern, Angehörige und Betreuer

Name, Vorname: .....

Geb.: ..... in: .....

Wohnort, Straße: .....

Behinderung (ärztliche Diagnose): .....

Krankenkasse: .....

Krankenversicherungsnummer: .....

Pflegegrad:                      ( ) nein              ( ) ja, welche .....

Behindertenausweis:    ( ) ja    ( ) nein              Nr.: .....              gültig bis: .....

Grad der Behinderung (%): .....

Merkzeichen: .....

Beiblatt mit gültiger Wertmarke:              ( ) ja              ( ) nein

Welche Gesundheits- und / oder Leistungsstörungen liegen vor?

- ( ) psychische Krankheit
- ( ) geistige oder seelische Behinderung
- ( ) körperliche Behinderung

Hausarzt der / des Betroffenen: .....

.....

Bisherige Krankheiten (z.B. Mumps, Röteln,...): .....

### Eltern / Sorgeberechtigter / Betreuer:

Name, Vorname: .....

Wohnhaft: .....

Telefonnummer: .....

### Andere Angehörige / Betreuer, zu denen Kontakt besteht/ die im Notfall verständigt werden sollen:

Name, Vorname: .....                      Telefonnummer: .....

Name, Vorname: .....                      Telefonnummer: .....

**Medikamente:** Welche: Einnahme: ( ) allein ( ) mit Hilfe  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Verkehrssicherheit:** ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe

**Eßverhalten:** ( ) selbstständig ( ) mit Hilfe .....

**Diätkost:** ( ) ja ( ) nein

**Umgang mit Geld:** ( ) allein ( ) mit Hilfe ( ) durch den Betreuer verwaltet

**Umgang mit Dokumenten:** ( ) allein ( ) mit Hilfe ( ) durch den Betreuer verwaltet

**Sprache/ Verständigung:** .....

**Lesen/ Schreiben/ Rechnen:** .....

**Mobilität:**

Ist Er / Sie Rollstuhlfahrer (in) / gehbehindert? ( ) ja ( ) nein

- kann selbstständig fahren ( ) ja ( ) nein
- kann ohne Hilfestellung gehen ( ) ja ( ) nein
- geht mit Stöcken / Krücken ( ) ja ( ) nein
- kann Treppen steigen ( ) ja ( ) nein
- kann frei sitzen ( ) ja ( ) nein
- kann vom Stuhl aufstehen ( ) ja ( ) nein

**Umgang mit Alkohol / Zigaretten:**

( ) Raucher → ( ) Zigaretten auf Zuteilung,.....  
( ) Eigenverantwortung

( ) Nichtraucher

( ) darf Alkohol trinken → ( ) Alkohol auf Zuteilung,.....  
( ) Eigenverantwortung

( ) darf keinen Alkohol trinken

**Hobbys:**

.....  
.....

**Er / Sie kann bzw. ist in der Lage:**

- sich zu waschen ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe
- sich zu baden / duschen ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe
- sich anzuziehen / entkleiden ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe
- sich zu kämmen / rasieren ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe
- Toilettengang zu erledigen ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe
- Urinabgang beherrschen ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe
- Stuhlabgang beherrschen ( ) ja ( ) nein ( ) mit Hilfe

**Vorhandene Hilfsmittel:**

Brille Kontaktlinsen ( )	Zahnprothese ( )
optische Sonnenbrille ( )	orthopädische Schuhe ( )
Gehhilfen ( )	Rollstuhl ( )
Korsett ( )	Lagerungshilfe ( )
Hörgerät ( )	Sonstiges: .....( )

**Schwimmen – Badeerlaubnis - Erklärung**

**Er / Sie:**

kann schwimmen	( ) ja ( ) nein	kann rutschen	( ) ja ( ) nein
braucht Schwimmhilfen	( ) ja ( ) nein	kann springen	( ) ja ( ) nein

**Anmerkung:**

.....  
.....

**Badeerlaubnis:**

Unser(e) Sohn/Tochter/Angehöriger ist Schwimmer/Nichtschwimmer (**Zutreffendes bitte unterstreichen**)

Als Sorgeberechtigte(r) / Betreuer erklären wir uns damit einverstanden, daß unser(e) Sohn/Tochter/Angehöriger/ Betreuer während ..... baden bzw. schwimmen darf.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigter / Betreuer

---

**Datenschutzerklärung**

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben (gemäß §28 BDSG) verarbeitet oder genutzt. Dabei gelten die aktuellen Datenschutzbestimmungen des BDSG sowie EU-DSGVO.

Bei Rückfragen steht Ihnen unsere Datenschutzbeauftragte Frau V. Streller unter der Rufnummer 03571/9300918 zur Verfügung.

Dem Vertrag und den Einwilligungen kann jederzeit schriftlich widersprochen werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigter / Betreuer