

# Begleitbogen

## Für unsere Angebote:

- **Ambulant mobile Hilfen**
- **Ferienbetreuung**
- **Kurzzeitbetreuung**
- **Reisebüro**
- **Wohnen**

**Name:**

---

**Vorname:**

---

**geboren:**

---

Liebe Kundin, lieber Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich die Zeit nehmen, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie die Inhalte an, die aus Ihrer Sicht wichtig sind, damit wir Sie bestmöglich unterstützen können. Punkte, die auf Sie nicht zutreffen oder die für das von Ihnen gewünschte Lebenshilfe-Angebot nicht relevant sind, können Sie frei lassen. Wenn Sie Fragen oder Hinweise haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Viele Grüße

Ihre Lebenshilfe Dresden

### Beweglichkeit

	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen: Rollstuhl > Bett/Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen drinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen draußen/Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann allein und ohne Aufsicht im Haus bleiben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		
Kann allein und ohne Aufsicht das Haus verlassen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:		
Besteht Sturzgefahr?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<i>Interner Hinweis: FOs Sturzanalyse<sup>1</sup></i>	
Besteht Dekubitusgefahr?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<i>Interner Hinweis: FO Dekubitusrisiko.<sup>1</sup></i>	

Selbstständiges Fortbewegen:  Auto  Fahrdienst  Fahrrad  Öffentl. Verkehrsmittel

Fahrdienst:  Betreuung/Beschäftigung/Arbeit (tagsüber)  Winterfahrdienst

Fahrdienst für: \_\_\_\_\_  Begleitperson notwendig

#### Weitere körperliche Einschränkungen (z.B. bei langem Stehen/Sitzen) / Sonstiges:

*Interner Hinweis: FO Kontrakturenrisikoerfassg.<sup>1</sup>*

### Orientierung, Wahrnehmung, Kommunikation

	vorhanden/ ohne Beeinträchtigung	größtenteils vorhanden	in geringem Maß vorhanden	nicht vorhanden
Örtliche Orientierung in bekannter Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtliche Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachfähigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufforderungen verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sachverhalte verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffen von Entscheidungen im Alltag (Einkauf, Geld etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	vorhanden/ ohne Beein- trächtigung	größtenteils vorhanden	in geringem Maß vorhanden	nicht vorhanden
Erinnern an wesentliche Ereig- nisse und Abläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkennen von Risiken/ Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von Bedürfnissen: z.B. Hunger/Durst, Schlafen, Gefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligen an einem Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweise (z.B. individuelle Zeichen, Sprache, Mimik, Gestik):**

### Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

	nie/ sehr selten	selten (ca. 1-3 x in 2 Wochen)	häufig (ca. 2-5 x wöchentlich)	täglich
Motorische Verhaltensauffällig- keiten (z.B. Umherlaufen, Schaukeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzt/gefährdet sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschädigung v. Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzt/gefährdet andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Aggression (z.B. Be- schimpfen, Drohen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdes Eigentum aneignen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Sprachauffälligkeiten (z.B. Stottern, Wiederholen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwehr von unterstützenden Maßnahmen (z.B. Pflege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unangemessenes Annähern an andere Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnestäuschungen, Wahnvor- stellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie/ sehr selten	selten (ca. 1-3 x in 2 Wochen)	häufig (ca. 2-5 x wöchentlich)	täglich
Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweise (z.B. Umgang mit Aggressionen, Abneigungen):**

Intern: FO Gef. Verhalten Beschreibungsboogen

**Was löst Stress aus:**

**Was hilft, um mit Stress gut umzugehen:**

## Selbstversorgung

	selbstständig	Überwiegend selbstständig/ Erinnerung notwendig	überwiegend unselbst- ständig	unselbst- ständig
Waschen des Körpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege/Prothesenreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monatshygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseln der Wäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schuhe an-/ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufräumen/Reinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereiten einfacher Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	selbstständig	Überwiegend selbstständig/ Erinnerung notwendig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingießen von Getränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschätzen der Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: Wenn ja: nächsten 3 Fragen:		
Umgang Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweise (z.B. Tischkultur, Hilfsmittel, Mengen, besondere Ernährungsformen etc.):**

*Intern: FO Mangelernährungsrisikoeffassg.<sup>1</sup>*

**Vorlieben beim Essen, Körperpflege, Kleidung, Schuhe, Schmuck etc.:**

### Alltagsleben und soziale Kontakte

	selbstständig	überwiegend selbstständig/ Erinnerung notwendig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Gestaltung Tagesablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung an Veränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhen/Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	selbstständig	überwiegend selbstständig/ Erinnerung notwendig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
Umgang mit vertrauten Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Freunden/Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Gruppen/fremden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweise (z.B. Tagesablauf, Rituale, Glauben, Schlafgewohnheiten):**

**Hobbys, Freizeitbeschäftigungen:**

**Vorlieben (z.B. Musik, Geräusche, Gerüche):**

---

**Bitte lesen Sie unbedingt die Einwilligungserklärung zum Datenschutz, bevor Sie den Begleitbogen unterschreiben!**

---

Datum, Unterschrift Kunde/in / Vertretung

Daten wurden im Gespräch erhoben durch (Name Mitarbeiter/in): \_\_\_\_\_