

Bitte vollständig ausfüllen und mit der Anmeldung zurückschicken!



Mein Name: _____ Alter: _____

Meine Eltern: _____

Notfall-Tel.-Nr.: _____

	Selbständig	benötige teilweise Hilfe	benötige vollständige Hilfe	Bemerkungen
An- und Ausziehen				
Toilettengang				
Essen und Trinken				
Ich trage Windeln	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Ich kann				
<input type="radio"/>	uneingeschränkt laufen		Weglauftendenz: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/>	längere Strecken laufen			
<input type="radio"/>	Treppen steigen			
<input type="radio"/>	nicht laufen			
Ich bin Rollifahrer	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
Ich kann	<input type="radio"/> eigenständig Rolli fahren			
	<input type="radio"/> benötige immer eine Begleitung bzw. Schiebehilfe			
Ich kann sprechen	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein	
<input type="radio"/>	Ich nutze Gebärdensprache			
<input type="radio"/>	Ich verständige mich über Zeichen / Gestik / Mimik			
<input type="radio"/>	Ich verständige mich über Hilfsmittel (Talker, Bildkarten etc.)			

Das können wir gemeinsam unternehmen:	
Das mag ich nicht/ kann ich nicht:	
Das können wir machen:	
Darauf muss unbedingt geachtet werden:	
Sonstiges: (z.B. sollte der Betreuer männl. oder weibl. sein , etc.)	

Die Betreuer sind keine ausgebildeten Fachkräfte und nicht berechtigt Medikamente zu verabreichen.