

EfAD-Auszeit in der Bildungs-
und Erholungsstätte Langau

AUSZEIT

Interaktives
barrierefreies
PDF

FRAGEBOGEN FÜR TEILNEHMENDE

Liebe Auszeitler, damit wir Sie besser kennenlernen und optimal auf Ihre Bedürfnisse eingehen können, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen für uns zu beantworten. Die Antworten dienen ausschließlich der guten Zusammenarbeit zwischen Ihnen und uns als Betreuungsteam. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nach dem aktuellem Datenschutzgesetz ausschließlich für die bei uns gebuchten Angebote verwendet. Falls erforderlich geben wir Daten auch an den Pflegedienst weiter. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Vielen Dank im Voraus! Ihr Betreuungsteam.

Meine persönlichen Angaben als Begleitperson

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum, Alter:

Telefonnummer und Mobilnummer:

E-Mail Adresse:

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein Rollstuhlfahrer/Rollstuhlfahrerin: Ja Nein

Beziehung zum Demenzerkrankten: Ehepartner Partner/in Geschwister Sonstiges

Ich bin der gesetzl. Vertreter der/des Demenzerkrankten. Sollte es einen anderen gesetzl. Vertreter geben bitte hier eintragen:

Notfallkontakt, Name:

Telefon:

E-Mail:

Mobilität:

Ich gehe alleine Ich gehe mit Hilfe, falls ja, welche?

Gehstrecke:

Kurze Spaziergänge (bis 15 Minuten) Wandern (bis 1 Stunde)

Art der Krankenversicherung:

Gesetzlich (GKV) Privat (PKV)

Name der Krankenversicherung**Ernährung:**

Bei der Ernährung bitte ich um besondere Berücksichtigung:

Vegetarische Kost Diabetes Kost Pürierte Kost

Sonstiges (persönliche Absprache erforderlich)

Allergien/Unverträglichkeiten:**Zimmerwunsch:**

Einzelzimmer, Anzahl Doppelzimmer, Anzahl

Ggf. Besonderheiten

Informationen zur Anreise:

Wir reisen an mit PKW ÖPNV/Taxi

Nächstgelegene Bahnhöfe: Peiting Ost (ca. 15 Min.), Weilheim (ca. 40 Min.)

Meine Interessen und Wünsche als Begleitperson

Pflegeversicherung allgemein

Unterstützung bei der Pflege

Umgang mit Demenzerkrankten

Konzertbesuch

Austausch mit anderen Betroffenen

Museumsbesuch

Singen

Tanzen

Radfahren

Entspannungsangebote und Freizeit

Musizieren (wenn vorhanden, Musikinstrument ggf. mitbringen)

Meine Wünsche:



Angaben zum/zur Demenzerkrankten

Name, Vorname:

Anschrift (falls abweichend):

Geburtsdatum, Alter:

Telefonnummer und Mobilnummer:

Versicherungsnummer:

Name der Pflegekasse:

Pflegegrad:

1

2

3

Demenzart:

Alzheimer

Sonstige:

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein

Rollstuhlfahrer/Rollstuhlfahrerin: Ja Nein

Ambulanter Pflegedienst benötigt: Nein Ja Morgens Abends

Falls Sie „Ja“ angekreuzt haben, kontaktieren Sie bitte den Pflegedienst (s.a. gesondertes Merkblatt)

Weitere Vorerkrankungen:

Nein Ja

Toilettengang:

Meldet sich von selbst

Muss erinnert werden

Benötigt Hilfestellung

Inkontinenz

Mobilität:

Geht alleine Benötigt Gehilfe

Spaziergang ca. 15 Min.

Wandern ca. 1 Std.

Mechanischer Rollstuhl

Elektrischer Rollstuhl

Kann alleine Rollstuhl fahren

Benötigt Hilfe mit Rollstuhl

Benötigt:

Eine Brille

Ein Hörgerät

Hilfe beim Essen

Hilfe beim Trinken

Ernährung:

Vegetarische Kost

Diabetes Kost

Pürierte Kost

Sonstiges (persönliche Absprache erforderlich)

Lebensmittel Unverträglichkeit



Allgemeine Informationen zum/zur Demenzerkrankten

Angehörige(r) hat Gruppenerfahrung seit der Demenzdiagnose – falls ja, wo?:

Wie würden sie Ihren Angehörigen charakterisieren?: Bitte lassen Sie uns auch ein Foto Ihres Angehörigen zukommen.

Welche besonderen Fähigkeiten und Stärken möchten Sie nennen?:

Gibt es besonder Lebensereignisse, auch als Kind oder Jugendliche/r, die Ihre/n Angehörige/n nachhaltig beeinflussen?:

Positive Ereignisse

Negative Ereignisse

Gibt es besondere Schlüsselwörter oder -sätze, z.B. zur Begrüßung, zur Verabschiedung oder aus dem Leben, auf die der/die Demenzerkrankte reagiert? In welcher Situation ist das Schlüsselwort anzuwenden?:

Schlüsselwort oder -satz

Wann anzuwenden

Schlüsselwort oder -satz

Wann anzuwenden

Wichtige biographische Daten des/der Demenzerkrankten

Wichtige Bezugspersonen:

Aktuell

Früher

Erlerner Beruf

Wichtige Berufserfahrungen

Eigene Kinder mit ihren Rufnamen

Sonstiges

Medikamentengabe erforderlich

Nein Ja Morgens Mittags Abends

Übernahme der Medikamentengabe durch das Betreuungsteam? Ja Nein

WICHTIG: Bitte geben Sie bei einer gewünschten Übernahme der Medikamentierung durch das Betreuungsteam eine ärztliche Anordnung mit.

Medizinische Behandlung im Notfall:

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass im Falle medizinischer Notwendigkeit die Einweisung in ein Krankenhaus ohne gesonderte Rücksprache erfolgt. Hiermit gebe ich meine/geben wir unsere Einwilligung für Maßnahmen und Eingriffe, die von ärztlicher Seite für zwingend erforderlich gehalten werden.

Unterschrift über Tastatureingabe ist ausreichend und gültig.

Unterschrift des/der Demenzerkrankten

Unterschrift Begleitperson

Persönliche Vorlieben und Interessen des/der Demenzerkrankten

Beschäftigt sich gerne mit:

Lesen Schreiben Rechnen Computer/Tablet Singen Malen Musikhören
Gesellschaftsspiele Ratespiele Spaziergänge Bewegung Sport Handarbeiten

Andere:

Hobbys als Erwachsene/r:

Hobbys als Kind:

Zu beobachten ist:

Unterhält sich gerne Antwortet ausschließlich auf Fragen Nonverbale Kommunikation Wahnvorstellungen
Ist sehr still Hört gerne zu Stimmungsschwankungen Aggressivität

Sonstiges:

Verhaltensbeschreibung:

Krankheitseinsicht: Stark Mittel Schwach Hinlauftendenz (Weglaufen): Stark Mittel Schwach

Sonstiges:

Ruhig Lebhaft Still Mitteilsam Fröhlich Ängstlich

Unruhig Aggressiv

Was wir sonst noch über Sie wissen sollten:

Hilfe und Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens

Sollten Sie bei der Beantwortung unsicher sein, oder wünschen Sie weitere Angaben zu machen, dann können Sie dies gern telefonisch oder per E-Mail tun.

Dazu erreichen Sie uns zu den Telefonzeiten am Montag, Dienstag, Mittwoch und Freitag von 08:30 bis 12:00 Uhr unter der Telefonnummer **08862-91 02 42** oder unter veranstaltung@langau.de

Weitere Informationen und Datenschutz

Termine und Benachrichtigungen:

Sollten die Plätze für die gewünschte Freizeit vergeben sein, können wir Sie auch für das kommende Jahr vormerken. Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie von uns über weitere Termine informiert werden möchten.

Nein Ja

Weitergabe von Informationen an Dritte:

Für eine reibungslose Vorbereitung der Freizeit ist es nötig, dass auch Dritte (ehrenamtliche Mitarbeitende, ggf. Pflegedienst, etc.) die hier angegebenen Informationen zur Verfügung gestellt bekommen.

Ich erkläre mich mit der Weitergabe der Daten unter Berücksichtigung des geltenden Datenschutzes einverstanden.

Nein Ja

Fotografien:

Hiermit gestatte ich, dass während der Veranstaltung Fotos von mir gemacht werden dürfen.

Nein Ja

Verwendung der Fotografien:

Die Bilder dürfen für die Öffentlichkeitsarbeit der Langau, z. B. Homepage, Flyer, Zeitungsartikel, Instagram, Facebook etc. verwendet werden.

Nein Ja

Richtigkeit der Angaben

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der von Ihnen gemachten Angaben. Mit der Zusendung dieses Fragebogens bekunden Sie Ihr Interesse. Eine definitive Zusage erfolgt separat in einer E-Mail. Der Fragebogen für Teilnehmende ist dabei eine notwendige Voraussetzung.

Unterschrift über Tastatureingabe ist ausreichend und gültig.

Ort, Datum

Unterschrift Demenzerkrankter

Unterschrift Begleitperson