

# Begleitbogen zur Betreuung Teilnehmender am Inklusionsclubs der Lebenshilfe Altenholz

\_\_\_\_\_  
(Vorname des/der Teilnehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Name des/der Teilnehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl / Wohnort des/der Teilnehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Straße / Hausnummer des/der Teilnehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des/der Teilnehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Handy-Nummer des/der Teilnehmenden)

\_\_\_\_\_  
(Ansprechpartner bei Fragen / im Notfall)

\_\_\_\_\_  
(Telefon o.ä. im Notfall zu benachrichtigen)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl / Wohnort der Ansprechpartner)

\_\_\_\_\_  
(Straße / Hausnummer der Ansprechpartner)

**Bitte die folgenden Angaben ausfüllen** (Falls der Platz nicht reicht – Extra-Blatt benutzen)

Der oder die Club-Teilnehmende hat eine gesetzliche Betreuung? . . . Nein Ja  
**Bei Ja auf der Rückseite Angaben zur Betreuung ausfüllen.**

**Medizinische Angaben:** Bei Ja auf der Rückseite Informationen zu medizinischen Angaben ausfüllen.

Der/die Teilnehmende hat einen **Hausarzt oder Facharzt**, der ihn/sie kennt? . . . Nein Ja

Der/die Teilnehmende benötigt **regelmäßige Medikamente**? . . . Nein Ja

**Wenn Ja, unbedingt auf der Rückseite Medikamente ausfüllen, auch wenn der/die Teilnehmende sie selbstständig nimmt. Im Notfall ist vielleicht nicht Zeit, erst nachzufragen.**

Der/die Teilnehmende **braucht Unterstützung bei Medikamenten** (Zeit, Einnahme)? Nein Ja

Sind **technische Hilfsmittel** zu berücksichtigen (auch Stents, Katheter o.ä.)? . . . Nein Ja

Hat der/die Teilnehmende **Diabetes**? . . . Nein Ja

Hat der/die Teilnehmende **Allergien / Unverträglichkeiten** (z.B. Lebensmittel)? . . . Nein Ja

Hat der/die Teilnehmende **Krankheiten oder Beeinträchtigungen, die besondere Maßnahmen, Hilfsmittel oder Vorkehrungen erfordern**? . . . Nein Ja

**Allgemeine Angaben:**

Hat der/die Teilnehmende einen **Schwerbehinderten-Ausweis Merkzeichen „B“**? Nein Ja

Hat der/die Teilnehmende eine Wertmarke zum **Schwerbehinderten-Ausweis**? . . . Nein Ja

**Wenn Ja, bitte eine Kopie vom Ausweis (und der Wertmarke) mit dem Bogen abgeben**

Kann der/die Teilnehmende **schwimmen (Bei Ja bitte auf Rückseite ergänzen)**? . . . Nein Ja

Der/die Teilnehmende darf in Sauna oder Dampfbad mit bis 70 °C Temperatur? . . . Nein Ja

Der/die Teilnehmende darf in eine Sauna mit über 70 °C Temperatur? . . . Nein Ja

**Film und Fotoaufnahmen**

(Diese Fragen gelten für Aufnahmen durch Clubbetreuer,

für Aufnahmen durch Presse oder andere Privatpersonen sind diese selbst verantwortlich):

Der/die Teilnehmende darf auf Fotos und Filmen bei Clubaktivitäten zu sehen sein? . . . Nein Ja

Er/sie darf auf diesen Aufnahmen nur zu sehen sein, wenn das Gesicht unkenntlich ist? Nein Ja

**Die nächsten 4 Fragen nur beantworten, wenn man eine der beiden vorigen Fragen mit Ja beantwortet hat**

Die Aufnahmen dürfen im Club Teilnehmenden und Betreuern gezeigt werden Nein Ja

Die Aufnahmen dürfen für die eigene Medien der Lebenshilfe genutzt werden Nein Ja

Die Aufnahmen dürfen zum Beispiel in Zeitungen gedruckt werden . . . Nein Ja

Die Aufnahmen dürfen im Internet und anderen Medien veröffentlicht werden Nein Ja

Der / die Teilnehmende ( Ja) oder seine Familie ( Ja) ist Lebenshilfe-Mitglied im OV/KV \_\_\_\_\_

**Sofern sich bei den gemachten Angaben, insbesondere zu Erkrankung und Medikation, Änderungen ergeben, werden wir dies unverzüglich selbstständig schriftlich mitteilen.**

\_\_\_\_\_  
Teilnehmende/r  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Eltern, gesetzliche Betreuer  
Unterschrift

\_\_\_\_\_,den\_\_\_\_\_  
Ort Datum

# Begleitbogen zur Betreuung Teilnehmender am Inklusionsclubs der Lebenshilfe Altenholz

## **Ergänzende Angaben zu den Fragen auf der Vorderseite:**

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte auf extra Zettel ergänzen.

**Betreuung:** der/die Teilnehmende hat eine gesetzliche Betreuung in allen Angelegenheiten  **Ja, oder**  
der/die Teilnehmende hat eine gesetzliche Betreuung in folgenden,  
für Club-Aktivitäten wichtigen Bereichen (zum Beispiel Geld, Aufenthaltsbestimmung)

---

### **Angaben zu Ärzten:**

Der Hausarzt der/des Teilnehmenden ist: \_\_\_\_\_  
(Name / Adresse / Telefonnummer)

Der Facharzt der/des Teilnehmenden ist: \_\_\_\_\_  
(Name / Adresse / Telefonnummer)

**Angaben zu Medikamenten, technischen Hilfsmittel und anderer Unterstützung,**  
die der/die Teilnehmende benötigt:

### Medikamente:

Morgens: \_\_\_\_\_  
(Medikamente / Dosierung / Uhrzeit)

Mittags: \_\_\_\_\_  
(Medikamente / Dosierung / Uhrzeit)

Abends: \_\_\_\_\_  
(Medikamente / Dosierung / Uhrzeit)

Nachts: \_\_\_\_\_  
(Medikamente / Dosierung / Uhrzeit)

Technische Hilfsmittel (Stent o. ä.)  
(bitte genaue Bezeichnungen) \_\_\_\_\_

Diabetes Medikamente und Anwendung:  
(bitte genaue Bezeichnungen) \_\_\_\_\_

Allergien und nötige Gegenmaßnahmen:  
(bitte genaue Bezeichnungen) \_\_\_\_\_

Besondere Erkrankungen und erforderliche Maßnahmen:  
(bitte genaue Bezeichnungen) \_\_\_\_\_

Anderer Assistenzbedarf und erforderliche Maßnahmen:  
(bitte genaue Bezeichnungen) \_\_\_\_\_

Der die Teilnehmende schwimmt:(Bitte beschreiben)  
(zum Beispiel Abzeichen oder Erfahrung) \_\_\_\_\_

**Alle Infos und dies Formular findet man auch auf unserer Internet-Seite:**

<http://altenholz.lh-kv.de/angebote/freizeit-und-inklusionsclub/clubinfos/>

