

Personalien

Name Vorname
Strasse PLZ Ort
Telefon Geburtsdatum

Arbeitgeber Telefon

Bezugsperson Telefon

Krankenkasse

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden.

Eltern oder Beistandschaft oder Bezugsperson

Name Telefon

Adresse

.....

Hausarzt / Hausärztin

Name Telefon

Adresse

.....

Beeinträchtigung / Krankheit

Beschreibung

geistige Beeinträchtigung

psychische Beeinträchtigung

körperliche Beeinträchtigung

Hilfsmittel

Krankheiten / Allergien

benötigte Medikamente

Nahrung / Diät

.....

Wichtiges im Zusammenhang mit der Beeinträchtigung / Krankheit

.....
.....
.....
.....
.....

Alltag	selbständig	unselbständig
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- kann lesen kann schreiben kann Sprechen
 kennt die Uhr kennt das Geld reist alleine

Wichtiges im Zusammenhang mit dem Alltag

.....
.....
.....
.....

Angewohnheiten

- Alkohol Rauchen

Ort, Datum und Unterschrift (Teilnehmer/in, Bezugsperson, Eltern oder Beistandschaft)

.....

Personalblatt bitte umgehend retournieren. Besten Dank.