Teilnehmenden-Infobogen Erwachsene 2026

Vorname _____ Name _____

Straße _____ Ort _____

Geburtstag _____ Telefon _____

Handy _____ Notfall-Nummer _____

Art der Behinderung / Diagnose _____

Medikamente

Ich nehme Medikamente ☐ Ja ☐ Nein

Ich nehme die Medikamente
☐ Selbstständig ☐ Unter Anleitung
☐ Komplette Übernahme

Bei kompletter Übernahme und bei komplexen Medikamentenplänen muss eine gültige ärztliche Verordnung vorliegen.

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Wann
Bedarfsmedikation/Anwendungen					

Diese Medikamente darf ich nicht nehmen _____

Epilepsie

Ich habe Epilepsie ☐ Ja ☐ Nein

Mein letzter Anfall war am _____

So sehen meine Anfälle aus _____

_____

Ich habe ein Notfall-Medikament

☐ Ja, es heißt _____

und es wird mir nach _____ Minuten gegeben

☐ Nein

Stand: 26.01.2026

Erkrankungen

Ich habe Erkrankungen ◯ Ja ◯ Nein

Diese Erkrankungen habe ich _____

So werden sie behandelt _____

Das muss man beachten _____

_____

Ich habe eine Tetanus-Impfung ◯ Ja ◯ Nein

Ich habe eine Zecken-Impfung ◯ Ja ◯ Nein

Ich habe eine Hepatitis-Impfung ◯ Ja ◯ Nein

Ich übertrage Hepatitis ◯ Ja ◯ Nein

Allergien & Unverträglichkeiten

Ich habe Allergien / Unverträglichkeiten ◯ Ja ◯ Nein

Allergie _____

Unverträglichkeit _____

Das muss man tun, wenn ich allergisch reagiere _____

_____

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Ich benötige Freiheitsentziehende Maßnahmen ◯ Ja ◯ Nein

Welche? _____

_____

Beschluss liegt bei ◯ Ja ◯ Nein

Toilette

Ich trage Inkontinenzartikel ◯ am Tag ◯ in der Nacht ◯ nein

Ich benutze die Toilette ◯ mit Hilfe ◯ unter Anleitung ◯ alleine

Stand: 26.01.2026

Körperpflege

An- und Ausziehen	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine
Hände waschen	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine
Zähne putzen	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine
Duschen	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine
Baden	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine
Rasieren	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine
Hygiene während der Monatsregel	◯ mit Hilfe	◯ unter Anleitung	◯ alleine

Das muss man beachten _____

_____

_____

Essen und Trinken

Das darf ich nicht essen _____

Das darf ich nicht trinken _____

Mengenkontrolle Trinken ◯ ja ◯ nein

Das muss man beachten _____

_____

Ich darf Alkohol trinken: ◯ ja ◯ nein

Verständigung

Ich kann Sprechen ◯ ja ◯ einzelne Worte ◯ nein

Ich kann Bilder und Symbole verstehen ◯ ja ◯ nein

Ich benutze Hilfsmittel ◯ ja, _____ ◯ nein

Das muss man beachten _____

_____

Stand: 26.01.2026

Schwimmen

Ich darf mit zum Schwimmen gehen ◯ ja ◯ nein

Ich darf ohne Begleit-Person schwimmen ◯ ja ◯ nein

Ich kann schwimmen ◯ ja ◯ nein

Ich brauche eine Schwimmhilfe ◯ ja, _____ ◯ nein

Geld

Ich brauche Hilfe beim Bezahlen ◯ ja ◯ nein

Ich kann auf mein Geld selber aufpassen ◯ ja ◯ nein

Das muss man beachten:_____

Begleitung

Ich brauche immer eine Begleit-Person ◯ ja ◯ nein

Ich darf alleine unterwegs sein ◯ ja ◯ nein

Ich darf alleine mit dem Bus und dem Zug fahren ◯ ja ◯ nein

Schlafen

Ich brauche Nächtliche Versorgung ◯ ja ◯ nein

Bemerkungen, Angewohnheiten, Rituale:

_____

_____

_____

Partnerschaft

Ich habe einen Partner / eine Partnerin und wir dürfen zusammen in einem Zimmer schlafen ◯ ja ◯ nein

Sozialverhalten

Das mache ich gerne: _____

_____

Das mag ich gar nicht: _____

_____

Diese Rituale habe ich: _____

_____

Ich habe besondere Verhaltensweisen z.B. Hinlauftendenz, Selbstverletzende oder Fremdverletzende Verhaltensweisen: _____

_____

_____

Besondere Regelungen

Ich stimme zu, dass die Medikamente von Mitarbeitenden der Offenen Hilfen verabreicht werden. ja nein

Ich stimme zu, dass Sonnencreme aufgetragen werden darf. ja nein

Ich stimme zu, dass Erste Hilfe geleistet werden darf. ja nein

Ich stimme zu, dass Zecken entfernt werden dürfen. ja nein

Besonderheiten und wichtige Informationen

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Unterschrift

Ich habe eine rechtliche Vertretung ◯ ja ◯ nein

Gesundheitsfürsorge ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, muss die rechtliche Vertretung auch unterschreiben.

Mit der Unterschrift stimmt die rechtliche Vertretung den Angaben zu.

Datum _____

Unterschrift vom Teilnehmenden _____

Datum _____

Name der rechtlichen Vertretung_____

Adresse der rechtlichen Vertretung_____

Telefonnummer rechtliche Vertretung_____

Unterschrift der rechtlichen Vertretung_____