



**ANMELDUNG** - für Erwachsene -  
Anmeldeschluss: 29.07.2016

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Überweisung       Einzugsermächtigung (**neue** LEV siehe Beiblatt!!!)

KURSE
„Fetz Life“
Bastelkurs
Was ihr wollt
Veeh-Harfen
Tanzkurs
Spaziergehen
Kunst Handwerk
Fußballkurs
Gymnastik mit Musik
Musiktheater
Theater-Musik
Kegelclub
Kochkurs 1
Kochkurs 2
Mittelaltergruppe
Schwimmkurs

CLUBS
Montags-Club
Dienstags-Club
Mittwochs-Club
Donnerstags-Club
Jugend-Club
Männerstammtisch
Mädelsabend
Ü-30 Club
FREIZEITEN
Langes Wochenende
Rittergut Positz
Alle Jahre wieder
WeiberWellnessWoche
Großer Winter
AUSZEITEN
17./18.09.
29./30.10.
26./27.11.
28./29.01.

EINZELANGEBOTE
Wandertag
Fahrrad-Tour
Urweltmuseum Hauff
Ein + Alles Park
Stadt Heidelberg
Bowling & Burger 1
Kino!
Burg Weinsberg
Bowling & Burger 2
Freilichtmuseum
Burger und Kino
Sporttag
Nähwerkstatt
Es weihnachtet sehr
Encaustic
Strasbourg
Kerzenwerkstatt
Burg Stettenfels
Disco „Waldhaus“
DuftKosmetikwerkstatt
Filzen mit Naturwolle
Wir tanzen!
Faschingsumzug
„Hallo Frühling“
Handball Bundesliga
Basketball MHP Riesen
Rockfabrik
Champions League
Wir planen mit

**FAHRDIENST** - Bestellung -

Wochentag	Uhrzeit	von	nach

ein Rollstuhlbus wird benötigt!       ich bin Selbstfahrer

Die **NEUEN allgemeinen Hinweise** auf den **Seiten 14 – 17** im Programmheft **2016-2** habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

**Ein aktueller Fragebogen mit ggf. ärztlicher Verordnung liegt mit bei!**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



**ANMELDUNG - für Schüler -**  
Anmeldeschluss: 29.07.2016

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Überweisung       Einzugsermächtigung (**neue** LEV siehe Beiblatt!!!)

KURSE (Sept.-Aug.)
„Fetz Life“
Bastelwerkstatt
Was ihr wollt
Veeh-Harfen
Tanzkurs
Spaziergehen
Peddigrohr
Fußballkurs
Gymnastik mit Musik
Musiktheater
Theater-Musik
Kegelclub
Kochkurs 1
Kochkurs 2
Mittelaltergruppe
Schwimmkurs
FERIENBETREUUNGEN
Herbstferien
Faschingsferien

SCHÜLERTREFFS (Sept.-Aug.)
Montags-Treff
Dienstags-Treff 1
Dienstags-Treff 2
Mittwochs-Treff 1
Mittwochs-Treff 2
Donnerstags-Treff
Freitag-Treff
EINZELANGEBOTE
Fahrrad-Tour
Urweltmuseum Hauff
Fuxi Erlebnispfad
Bowling & Burger 1
Kino!
Bowling & Burger 2
Nähwerkstatt
Kerzenwerkstatt
Duft- und Kosmetikwerkstatt
Wir tanzen!
„Hallo Frühling“
Basketball MHP Riesen
Handball

BETREUUNGSWOCHENENDEN
WoE 1 mit Übernachtung
WoE 1 ohne Übernachtung
WoE 2 mit Übernachtung
WoE 2 ohne Übernachtung
WoE 3 mit Übernachtung
WoE 3 ohne Übernachtung
WoE 4 mit Übernachtung
WoE 4 ohne Übernachtung
WoE 5 mit Übernachtung
WoE 5 ohne Übernachtung
Wochenende anderswo 1
Wochenende anderswo 2
Wochenende anderswo 3
Wochenende anderswo 4
Wochenende anderswo XXL

**FAHRDIENST - Bestellung -**

Wochentag	Uhrzeit	von	nach

ein Rollstuhlbus wird benötigt!       ich bin Selbstfahrer

Die **NEUEN allgemeinen Hinweise** auf den **Seiten 14 – 17** im Programmheft **2016-2** habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

**Ein aktueller Fragebogen mit ggf. ärztlicher Verordnung liegt mit bei!**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Fragebogen für Besucher/innen unserer Freizeiteinrichtung

## Allgemeines

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktpersonen (+Tel. + email): \_\_\_\_\_

gesetzlicher Betreuer (Name und Umfang): \_\_\_\_\_

Art der Behinderung/Diagnose: \_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Diabetes, Hepatitis...): \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ Stufe zusätzliche Betr.leistungen: \_\_\_\_\_

## Medikamente

Ich muss Medikamente nehmen  Ich benötige keine Medikamente

Ich nehme meine Medikamente selbstständig ein

Ich möchte, dass ein Mitarbeiter der Lebenshilfe für meine Medikamentengabe verantwortlich ist und willige ein, dass

- ... nur nach einer **aktuellen beiliegenden ärztlichen Verordnung** Medikamente gegeben werden (dies gilt auch für Bedarfs- & Notfallmedikamente!)
- ... auch **Nichtfachkräfte** der Lebenshilfe Medikamente verabreichen dürfen
- ... Medikamente in der **Original Verpackung mit Beipackzettel** mitgegeben werden

**Bei Nichterfüllung der Punkte dürfen keine Medikamente mehr durch Mitarbeiter der Lebenshilfe Ludwigsburg verabreicht werden! Es muss in diesem Fall eine Pflegefachkraft beauftragt werden.**

## Anfälle

ich bekomme keine epileptischen Anfälle

Ich bekomme epileptische Anfälle

Art:  Absencen  grand mals  sonstige: \_\_\_\_\_

diese Anfälle dauern in der Regel: \_\_\_\_\_

und treten  täglich  wöchentlich  monatlich  jährlich auf.

Mein Notfallmedikament heißt: \_\_\_\_\_

und muss mir **nach beiliegender ärztlicher Verordnung** gegeben werden.

Der Notarzt muss  sofort  ab einer Dauer von \_\_\_\_\_ gerufen werden.

## Allergien

Ich habe folgende Allergien: \_\_\_\_\_

## **Ernährung**

Ich esse  normale Kost  Schonkost  vegetarisch  püriertes Essen

Ich esse  alleine  Essen muss gegeben werden

mit folgender Hilfestellung: \_\_\_\_\_

Nicht essen darf ich: \_\_\_\_\_

Ich darf keinen Alkohol trinken  Ich darf Alkohol trinken  maximal \_\_\_\_\_ am Tag.

## **Kommunikation**

Ich höre  ...nur schwer  ...nicht  Ich trage ein Hörgerät

Ich spreche  ...in Ein-/Zweiwortsätzen  ...nicht

Wenn nein: Wie kann man sich mit mir verständigen (Gebärden/FC/...)?

\_\_\_\_\_ (ggf. Beiblatt)

Ich sehe  ...zu ....%  ...nur auf dem li./re. Auge  Ich trage eine Brille

Ich habe Angst vor: \_\_\_\_\_

Folgendes Verhalten zeige ich dann: \_\_\_\_\_

## **Mobilität**

Ich laufe Weglauftendenzen ?  ...alleine  ...an der Hand  ...mit Rollator  
 Ja  nein

Ich sollte mich körperlich nicht sehr anstrengen, da \_\_\_\_\_

Ich kann auch längere Strecken zu Fuß bewältigen

Ich bin Rollstuhlfahrer/in  Ich kann kurze Strecken laufen und wenige Stufen überwinden

Ich benötige jemanden, der mich schiebt

Ich habe einen E-Rollstuhl

Ich benötige einen Rollstuhlbus

## **Toilettengang/Körperpflege**

Ich gehe selbstständig auf die Toilette  Ich muss erinnert werden  ich trage Windeln

ich benötige folgende Hilfestellung(en): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ggf. Beiblatt)

**Sonstiges :** (z.B. Beschäftigung)

\_\_\_\_\_ (ggf. Beiblatt)

**Datum:**

**Unterschrift**