



**für Menschen mit Behinderungen e.V.
Ortsvereinigung Böblingen**

Schloßberg 3 | 71032 Böblingen | Tel. 07031/233897
Fax 07031/775217 | www.lebenshilfe-boeblingen.de
lebenshilfe-boeblingen@web.de

Verbindliche Anmeldung zur flexiblen Schülerbetreuung an der Winterhaldenschule

Ich / wir melde(n) mein / unser Kind _____ ab dem _____
verbindlich zur flexiblen Schülerbetreuung an.

Ich / wir möchte/n folgende Betreuung in Anspruch nehmen

- Montag 15.00 h bis 17.00 h
 Dienstag 15.00 h bis 17.00 h
 Donnerstag 15.00 h bis 17.00 h
 Freitag 11.45 h bis 15.00 h

Für die Betreuung entsteht eine Betreuungsgebühr von 4 € / Betreuungsstunde. Die Betreuung erfolgt ausschließlich während der Schulzeit.

Ich / wir benötigen eine Beförderung des Kindes nach Hause.

Die Kosten betragen 3 € pro Beförderungstag.

Die Rechnungsstellung erfolgt am Ende des Monats. Die Rechnung kann abgerechnet werden über

Privat Verhinderungspflege zusätzliche Betreuungsleistungen.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PL/ Ort: _____

Tel.: _____

Email: _____

Geb.-Datum: _____

Krankenkasse: _____ Pflegestufe: _____

Mitglied der Lebenshilfe Böblingen: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten



**für Menschen mit Behinderungen e.V.
Ortsvereinigung Böblingen**

Schloßberg 3 | 71032 Böblingen | Tel. 07031/233897
Fax 07031/775217 | www.lebenshilfe-boeblingen.de
lebenshilfe-boeblingen@web.de

Ergänzender Fragebogen

Um eine qualifizierte Betreuung zu gewährleisten benötigen wir umfassende Informationen über Ihr Kind. Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind ausschließlich den betreuenden Personen zugänglich. Bitte informieren Sie uns unverzüglich über Änderungen!

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonische Erreichbarkeit während der Betreuung für den Notfall:

Krankenversicherung: _____

Pflegestufe: nein ja, Pflegestufe _____

Hilfsmittel:

Rollstuhlfahrer/in: nein ja

Kann Rollstuhl selbst bedienen: nein ja

Sitzversorgung für Fahrdienst: nein ja

Altersentsprechender Sitz: nein ja

Besondere Sitzversorgung: nein ja

So. Hilfsmittel, die während der Betreuungszeit wichtig sind (Orthesen, Brille, Hörgerät o.ä.):

Sprache:

Kann sprachliche Aufforderungen o.ä. verstehen: nein ja

Kann sich sprachlich verständigen: nein ja

Unterstützungsbedarf:

beim Essen und Trinken

Nein Ja welche: _____

...beim Toilettengang

Nein Ja welche: _____

...beim An- und Ausziehen

Nein Ja welche: _____

Besonderheiten im medizinischen Bereich:

Allergien: nein ja

Wenn ja, welche: _____

Benötigt innerhalb der Betreuungszeit folgende Medikamente (bitte ergänzend
Medikamentenverordnung ausfüllen S. 5 ausfüllen, ausführliche Informationen auf S.4):

Diabetiker nein ja

Anfälle: nein ja

Wenn ja, wie häufig und wie äußern sich diese: _____

Notfallmedikamente: nein ja

Wenn ja, welche: _____

Besonderheiten:

Einschränkungen für Freizeitaktivitäten (z.B. große körperliche Anstrengungen meiden o.ä.)

nein ja

Wenn ja, welche: _____

Einschränkungen in der Ernährung (Vegetarier, kein Schweinefleisch o.ä.)

nein ja

So. Besonderheiten bei der Ernährung:

nein ja, folgende: _____

Sonstige Besonderheiten:

nein ja, folgende: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten

An die

Erziehungsberechtigten

Name des Kindes: _____

Abgabe von Medikamenten

Maßnahmen der Behandlungspflege

Medikamente:

Wenn Ihr Kind in der Schülerbetreuung **vom Arzt rezeptierte Medikamente** regelmäßig oder nach Bedarf, z.B. als Notfallmedikament, erhalten soll, benötigen wir immer

- eine aktuelle ärztliche Verordnung über Dosierung und Zeitpunkt der Verabreichung und
- einen schriftlichen Auftrag zur Verabreichung von Ihnen

Lassen Sie daher das beiliegende Formular vom behandelnden Arzt Ihres Kindes ausfüllen und schicken Sie es unterschrieben an uns wieder zurück.

Bitte beachten Sie,

- dass wir bei jeder Änderung des Medikaments oder der Dosierung eine neue ärztliche Verordnung benötigen
- dass wir die Bescheinigung (spätestens) jährlich erneuert brauchen

Bei **nicht rezeptpflichtigen Medikamenten** benötigen wir jeweils im Einzelfall einen schriftlichen Auftrag zur Verabreichung von Ihnen. Hier genügt eine entsprechende Notiz. Bitte schicken Sie uns auf keinen Fall Medikamente kommentarlos mit.

Behandlungspflege:

Für Maßnahmen der Behandlungspflege, die eine Fachkraft (Krankenpfleger/-in) ausführen muss, benötigen wir ebenfalls eine ärztliche Anordnung (Kathetern o.ä.).

Für Maßnahmen, die wir selbst ausführen, genügt Ihr schriftlicher Auftrag (z.B. Nahrung sondieren).

Wir sprechen dies jeweils mit Ihnen durch und informieren Sie auch, wer jeweils für die Maßnahme zuständig ist und wie eine gegebenenfalls notwendige fachliche Anleitung erfolgt.

Alle diese Regelungen dienen zur Sicherheit für Ihr Kind, bitte haben Sie daher Verständnis dafür und unterstützen Sie uns durch Ihre Mitwirkung.

Sollten Sie Fragen dazu haben, sprechen Sie uns bitte an.

Januar 2014

Abgabe von Medikamenten

Maßnahmen der Behandlungspflege

Hinweis: Nr. 1+2 vom Arzt ausfüllen und unterschreiben lassen; Nr.3 selbst unterschreiben

1. Ärztliche Verordnung von Medikamenten:

Name des Kindes _____

geb.: _____

Dem Kind sollen während der Betreuungszeit durch das Betreuungspersonal folgende Medikamente mit der angegebenen Dosierung verabreicht werden. Bitte tragen Sie das Medikament und die Uhrzeit ein.

Medikament	Mittags	Nachmittags

Das Medikament soll - vor – zu – nach - der Mahlzeit verabreicht werden.

Notfallmedikament mit Dosierung und Hinweisen zur Verabreichung (Zeit, Wiederholung der Medikamentengabe o.ä.)

2. Anordnung von Maßnahmen der Behandlungspflege durch eine Pflegefachkraft (z.B. Kathetern, Inhalieren):

Folgende Maßnahmen der Behandlungspflege sind in folgendem Umfang durchzuführen

(Ort/Datum)

(Unterschrift/Stempel d. Arztes/Ärztin)

3. Maßnahmen der Behandlungspflege durch das Betreuungspersonal:

(z.B. Nahrung sondieren, Medikamente geben)

Wir beauftragen die Lebenshilfe Böblingen e.V. mit obengenannten Maßnahmen.

(Ort/Datum)

(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)