

Kennenlern-Bogen für die Freizeitbegleitung

Wir würden gerne etwas mehr über Sie erfahren.
Bitte füllen Sie den Bogen so genau wie möglich aus.
Lassen Sie dabei bitte kein Feld frei.

Ihr Name:

Vorname:

Nachname:

Ihre Adresse:

Straße:

Hausnummer:

Für Bewohner eines Wohnheims:
Name des Wohnheims/
der Wohngruppe:

Postleitzahl, Stadt:

Ihr Geburtsdatum:

Ihre Telefon-Nr.:

Ihre Notfall-Nr.:

Ihre E-Mail Adresse:

Zum Ankreuzen:	Ja	Nein
Ich benutze einen Rollstuhl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja: Ich kann aus dem Rollstuhl in einen Autositz umgesetzt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann aus dem Rollstuhl ein paar Schritte gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze einen Rollstuhl für längere Strecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze eine Gehhilfe (Rollator).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann ein paar Schritte gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann Treppen steigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich brauche Unterstützung bei Toilettengängen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebrauche Hilfe bei der Medikamenten-Einnahme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zum Ankreuzen:	Ja	Nein
Ich habe epileptische Anfälle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, wie oft?	_____	
Ich habe ein Notfallmedikament bei mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine diabetische Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benötige Diätkost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gebrauche wegen einer Krankheit Schonkost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Allergien/Unverträglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Ja, welche?	_____	
Ich darf Alkohol trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne mich mit der Uhrzeit aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich im Straßenverkehr zurechtfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mit Geld umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann nicht (so gut) sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshalb teile ich mich mit über.	_____	
Ich kann nicht (so gut) hören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht (so gut) sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Angaben / Wichtige Informationen

Ich gebe der Kardinal-von-Galen-Haus gGmbH meine Erlaubnis zur Nutzung und Verarbeitung meiner hier angegebenen personenbezogenen Daten. Die Erlaubnis ist nur für die Bearbeitung meiner Anmeldung zur Freizeitbegleitung.

Mir ist bekannt:

Ich habe das Recht, meine Erlaubnis für die Zukunft zurück nehmen.

Ich kann sagen:

Sie dürfen meine Daten jetzt nicht mehr verarbeiten.

Ort, Datum

Unterschrift