

Landesfachzentrum

Waldemarstraße 28 a
55543 Bad Kreuznach
Tel. 0671 / 605 - 3855
Fax 0671 / 605 - 3845
buk@kreuznacherdiakonie.de

Datum:

1. Personalien des Klienten[#]

Nachname

Geburtsdatum männl./weibl.*

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Selbst versichert / mitversichert bei * _____

Vorname

E-Mail

Postleitzahl, Wohnort

Krankenkasse (Name und Ort)

2. Eltern oder Erziehungsberechtigte

Nachname

Geburtsdatum männl./weibl.*

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Krankenkasse (Name und Ort)

Vorname

E-Mail

Postleitzahl, Wohnort

3. Kontaktperson (Falls der Klient außerhalb der Familie lebt)

Nachname

Geburtsdatum männl./weibl.*

Straße, Hausnummer

Name der Einrichtung

Beziehung zum Klienten
* nicht zutreffendes bitte streichen

Vorname

E-Mail

Postleitzahl, Wohnort

dienstliche Telefonnummer

Der besseren Lesbarkeit halber wurde durchgängig die männliche Form der Anrede gewählt, in jedem Fall sind aber beide Geschlechter angesprochen.

4. Kindergarten / Schule / Arbeitsplatz* des Klienten

Name der Einrichtung / Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

Lehrer / Betreuer

5. Medizinische Diagnose

Behandelnder Arzt

Telefonnummer

Diagnose:

Bitte legen Sie alle vorhandenen ärztliche und therapeutische Befunde / Berichte bei!

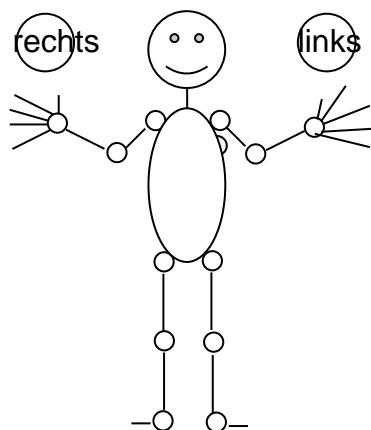
6. Mobilität

a) Wie groß ist die Mobilität des Klienten?

Selbst gehend / Rollator / Gehstöcke / Kinderwagen / Rollstuhl / elektrischer Rollstuhl *

b) Wie ist die Sitzposition?

c) Mit welchen Körperteilen können gezielt Bewegungen ausgeführt werden?
(Bitte markieren)



↑	Kopf
↑	Augen
↑	Lippen
↑	Zunge

d) Wie ist die Feinmotorik der Hände?

e) Wie ist die Muskelkraft in Armen, Händen und Fingern?

7. Sehfähigkeit

Normale Sehfähigkeit / Sehhilfe (Dioptrin re ____ li ____) / eingeschränktes Sehfeld / starke Sehschwäche / keine gezielten Augenbewegungen*

8. Hörfähigkeit

Normale Hörfähigkeit / Hörhilfe / stark eingeschränkte Hörfähigkeit / taub*

9. Konzentrationsfähigkeit

Wie lange kann sich der Klient konzentrieren?

10. Wahrnehmungsstörungen

Liegen Wahrnehmungsstörungen vor? Bitte erläutern Sie!

11. Kognitive Fähigkeiten

Versteht der Klient schwierige Zusammenhänge? Bitte geben Sie ein Beispiel!

12. Taktile Wahrnehmung

Nimmt der Klient Berührungen normal war oder reagiert er über- bzw. unterempfindlich?

13. Motivation

Wer möchte ein Hilfsmittel anschaffen und warum?

Welche Erwartungen werden mit einer Beratung verbunden?

14. Sozialverhalten

a) Interesse an der Umwelt

neugierig / offen / lernfreudig /ausprobierend / beobachtend / verschlossen / ruhig / in sich gekehrt / frustriert*

b) Kontaktfreudigkeit

mit vertrauten Personen / mit unvertrauten Personen*

c) Kommunikationspartner

bevorzugte Personen:

abgelehnte Personen:

d) Verhalten bei Mißverständnissen

e) Verhalten bei Wünschen

f) Überwiegendes soziales Umfeld

zu Hause / Schule / Kindergarten / Klinik / Arbeitsplatz / Wohnheim / Internat*

15. Kommunikation

a) Bitte überprüfen Sie genau, was der Klient kommunizieren kann!

	Ja	Nein	Bemerkungen
Freude / Trauer	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Protest / Ablehnung	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Bittet um Zuwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Wählt angebotene Dinge aus	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Antwortet auf Ja / Nein – Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Fragt nach Dingen/ Personen im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Fragt nach Dingen / Personen außerhalb des Raumes	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Gibt Informationen über Vergangenheit / Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Zusätzliche Bemerkungen			----- -----

b) Bitte überprüfen Sie genau, wie der Klient kommunizieren kann!

	Ja	Nein	Bemerkungen
Benutzt verschiedene Töne	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt Mimik	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Sieht nach Objekten / Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Berührt Objekte	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Wählt zwischen verschiedenen Objekten aus	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt Körpersprache	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Versucht Worte zu sagen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt Bilder	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt Bliss - Symbole	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt Gesten	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt geschriebene Worte	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Buchstabiert Worte / benutzt Fingeralphabet	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Benutzt Gebärdensprache	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----
Spricht in Sätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	○-----

Zusätzliche Bemerkungen

c) Beschreibung der kommunikativen Bedürfnisse

Welche Themen / Inhalte interessieren den Klienten besonders?

Welche Beschäftigungen interessieren den Klienten besonders?

d) Falls ein Kommunikationshilfsmittel benutzt wird, beschreiben Sie bitte welches.

Kommunikationstafel / Kommunikationsbuch / technisches Kommunikationsgerät (Name, Hersteller) / Computer (welche Programme)*

Nähere Beschreibung

Das Hilfsmittel ermöglicht die Kommunikation / das Schreiben*

16. Lesen

Falls möglich, machen Sie bitte Angaben über die Lesefähigkeit des Klienten.

	Ja	Nein
Kann einzelne Buchstaben lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann einzelne Worte lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liest ganze Sätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liest einfache Bücher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zusätzliche Bemerkungen

17. Buchstabieren

Falls möglich, geben Sie bitte an, was der Klient buchstabieren kann.

	Ja	Nein
Schreibt Worte oder Sätze ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann nur den ersten Buchstaben angeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstabiert wenig bekannte Worte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstabiert fast alle Worte die er braucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buchstabiert oft falsch, es wird in der Regel aber verstanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zusätzliche Bemerkungen

18. Schreiben

Kann nicht schreiben / schreibt einzelne Worte / schreibt ganze Sätze / schreibt mit der Hand (Stift) / schreibt mit der Schreibmaschine / schreibt mit dem Computer / schreibt mit einer Spezialtastatur (welche) *

Gibt es Probleme beim Schreiben?

Geschwindigkeit / Schmerzen / kann den Stift nicht halten / kann den Stift schlecht koordinieren / ermüdet schnell / nicht leserlich / andere (bitte erläutern)*

19. Welche Therapeuten betreuen den Klienten?

Logopädie

Nachname

Name der Einrichtung / Adresse

dienstliche Telefonnummer

Ergotherapie

Nachname

Name der Einrichtung / Adresse

dienstliche Telefonnummer

Krankengymnastik

Nachname

Name der Einrichtung / Adresse

dienstliche Telefonnummer

Psychologe

Nachname

Name der Einrichtung / Adresse

dienstliche Telefonnummer

Sonstige

Nachname

Funktion

Name der Einrichtung / Adresse

dienstliche Telefonnummer

Sonstige

Nachname

Funktion

Name der Einrichtung / Adresse

dienstliche Telefonnummer

Weitere Bemerkungen

Wer hat den Bogen ausgefüllt: