

Name _____		Vorgesehene/r Abteilung/Bereich _____						
Art der Behinderung	Kurzdiagnose	Seit wann?						
Hilfsmittel	Elektrorollstuhl _____	Atemgerät _____						
	Rollstuhl _____	Pflege-/Stehbett _____						
	Rollator _____	Lifter _____						
	Geh-/Stehapparat _____	WC-/Duschstuhl _____						
	Gehstöcke _____	Stehbrett _____						
	Prothesen _____	Kommunikator _____						
	Kopfschreiber _____	Esshilfe _____						
	Sonstiges _____	_____						
Pflegetbedarf	Hilfen erforderlich bei:			Hilfen erforderlich bei:				
		gelegentlich	häufig	ständig		gelegentlich	häufig	ständig
	Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen, Duschen, Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umlagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähneputzen, Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gehen, Stehen, Treppesteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nahrungszubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anlegen, Gebrauch von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verabfolgung von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftlicher Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasen-, Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krampfanfälle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wann zuletzt?					
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Allergien, Diät)								
Medikamente								
Derzeit behandelnde Ärzte, Psychologen, Beratungsstellen, Therapeuten (bitte Therapieart angeben)	Name	Fachgebiet (Therapieart)			Adresse			
	Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie							
Gewünschte Therapien (soweit möglich)	Krankengymnastik _____	Therapeutisches Reiten _____						
	Ergotherapie _____	Therapeutisches Schwimmen _____						
	Logopädie _____	Sonstiges _____						
	_____	_____						
Angabe bisheriger Therapiearten; Häufigkeit pro Woche								

	von	bis	Name der Einrichtung	Aufenthaltsgrund
Klinikaufenthalte, bisherige Reha-Maßnahmen etc.	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Vorgelegte Unterlagen (in Kopie)	Für die Aufnahme unbedingt erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> neuer Arztbericht über Behinderung <input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises <input type="checkbox"/> Kopie des Impfbuches Wünschenswert: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bericht über bisherige Klinikaufenthalte <input type="checkbox"/> KG-Bericht <input type="checkbox"/> Ergotherapiebericht <input type="checkbox"/> Logopädischer Bericht <input type="checkbox"/> Psychologischer Bericht 			
Krankenkasse			Anschrift	
privat/gesetzlich? Zusatzversicherung?			Versicherter	
Voraussichtlicher Kostenträger			Anschrift	
Zuständige Arbeitsagentur				
Geplante Aufnahme in die Pfennigparade	zum (Datum) _____	in		
		Schule	<input type="checkbox"/>	
		Schülerwohngruppe	<input type="checkbox"/>	
		Integrationsfördergruppe	<input type="checkbox"/>	
		Wohngruppe für Werkstattbeschäftigte	<input type="checkbox"/>	
		Fördergruppe für Hirnverletzte	<input type="checkbox"/>	
		Kindergarten	<input type="checkbox"/>	Taxi notwendig <input type="checkbox"/>
		Tagesstätte	<input type="checkbox"/>	Transport im Rollstuhl <input type="checkbox"/>
		Externer Schüler	<input type="checkbox"/>	
Jetziger Aufenthalt	Ort		seit	