

## Hilfen zur Betreuung

Formular Arche

Dokument QS-F-61

Datum 08.03.2013

Rev.: 01

<b>Name, Vorname des Gastes:</b>	
<b>Datum:</b>	
<b>Aufenthaltszeitraum:</b>	

### 1. Angaben zu behandelnden Ärzt/-innen

Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Hausarztes / Kinderarztes:

---



---

Name, Anschrift und Telefon-Nr. mitbetreuende Klinik / Facharzt:

---



---

### 2. Welche Behinderung hat der Gast / medizinische Bezeichnung

---



---

### 3. Nimmt der Gast Medikamente?

ja  nein

### 4. Gibt es Besonderheiten bei der Medikamentenvergabe (z.B. zerkleinert, nur in Verbindung mit bestimmten Lebensmitteln, vor oder nach dem Essen etc.)?

---



---

### 5. Wichtige medizinische Informationen (Herzschrittmacher, Herzfehler, Bluter...)

---



---

**6. Hat der Gast Allergien (z.B. Medikamente, Lebensmittel oder deren Inhaltsstoffe)?**

nein

ja, reagiert allergisch auf:

---

---

**7. Hat der Gast eine Epilepsie?**

ja (bei "ja" bitte Zusatzblatt Epilepsie ausfüllen)

nein (weiter bei 8.)

⇩ **Zusatzblatt Epilepsie**

① Ein „Anfalls“-Kalender ist für uns hilfreich. Wenn vorhanden, bringen Sie diesen bitte mit!

- Art der Epilepsie (wenn bekannt, medizinische Bezeichnung)

---

---

- Beschreiben Sie bitte den Verlauf eines Anfalls (Signale, Dauer, Häufigkeit etc.)

---

---

- Ist bei einem Anfall eine Arztkonsultation erforderlich?

ja

nein

- Wenn "ja", führen Sie bitte kurz den Namen und die Telefonnummer des behandelnden Arztes auf:

---

---

- Medikamentenvergabe (Notfallmedikament) nach welcher Zeit?

---

---

- Wie reagiert der Gast nach der Gabe des Notfallmedikamentes (wenn bekannt)?

---

---

- Gibt es außer der Gabe eines Notfallmedikamentes Verhaltensweisen der Bezugsperson die für den Gast hilfreich sind?

---

---

### 8. Zeigt der Gast eine Form von Autismus?

- ja (bei "ja" bitte Zusatzblatt Autismus ausfüllen)       nein (weiter bei 9.)

#### ↓ Zusatzblatt Autismus

ⓘ Bitte nehmen Sie sich Zeit beim Ausfüllen des Zusatzbogens. Er hilft uns in der Arbeit mit Ihrem Kind.

- Wie wird der Autismus diagnostisch benannt? Wie spiegelt sich diese Diagnose im Verhalten des Gastes wieder (kurze Beschreibung)?

---

---

- Welche Tagesstrukturen / Angebote geben dem Gast Zuhause Sicherheit? Welche Stereotypen zeigt der Gast dort?

---

---

- Wie ist die Beziehungsgestaltung? Wie kommuniziert der Gast mit Autismus? Welche Hilfsmittel kennt der Gast (z.B.: PECS – Ansatz, Gebrauch der Sprache, u. U. nonverbale Kommunikation über Zeigen, Führen, Mimik/Gestik)? Wie macht der Gast auf seine Bedürfnisse aufmerksam?

---

---

- 9. Welche Rituale sind bei der Vergabe von Medikamenten (evtl. Notfall- / Beruhigungsmedikation), in den Essenssituationen (Darreichungsform, Übersicht der Speisen auf dem Teller, Vorlieben) und in den Schlafsituationen wichtig?**

Bitte geben Sie zu allen drei Punkten Informationen an!

---

---

- 10. Ist eine bestimmte Zimmergestaltung notwendig?**

ja

nein

Wenn "ja", beschreiben Sie bitte kurz Wünsche und Vorlieben des Gastes?

---

---

- 11. Wie sehen Mobilität und Orientierungssinn des Gastes aus? Welche Strecken legt der Gast wie zurück? Welche Erfahrungen hat er mit der Orientierung in fremden Umgebungen? Wie verhält er sich im Straßenverkehr?**

---

---

- 12. Welche sensorischen Empfindlichkeiten zeigt der Gast (z.B. auditive Über- / Unterempfindlichkeiten / Geräusche, visuell, taktil, Geruch, Geschmack und Schmerz)? Wie kann dem Gast in Situationen der Belastung geholfen werden?**

---

---

### 13. Kommunizieren

Kann der Gast sprechen?

ja

nein, der Gast:

kann nicht sprechen.

ist schwer zu verstehen.

hat einen geringen Wortschatz.

teilt sich überwiegend auf andere Art und Weise mit (Gebärdensprache, Mimik, Gestik, „Talker“).

Beschreibung:

---

---

Kann der Gast hören?

ja

nein, der Gast:

ist gehörlos.

ist schwerhörig.

ist besonders lärmempfindlich.

trägt ein Hörgerät.

Bezeichnung und Beschreibung des Hörgerätes:

---

---

Kann der Gast sehen?

ja

nein, der Gast:

ist blind.

kann ein wenig sehen.

muss eine Brille tragen.

muss eine Brille nicht immer tragen, sondern nur:

---

---

Sonstige Beeinträchtigungen der Wahrnehmung oder Wahrnehmungsverarbeitung (z. B. Schmerzempfindlichkeit)

---

---

#### 14. Sich Bewegen

Kann der Gast gehen?

ja

nein, der Gast:

ist Rollstuhlfahrer und muss geschoben werden.

ist Rollstuhlfahrer und kann sich selbstständig fortbewegen.

benötigt beim Gehen Hilfe.

kann kurze Strecken gehen.

ist unsicher beim Gehen.

Wie nutzt der Gast gegebene andere Hilfsmittel der Fortbewegung (Rollator, Rollbrett...)?

---

---

Gibt es in Hinblick auf die Mobilität besondere Wünsche?

---

---

## 15. Vitale Funktionen des Lebens aufrecht verhalten

Wird der Gast bei der Atmung unterstützt?

nein

ja,

der Gast ist Asthmatiker.

der Gast inhaliert aufgrund von Asthma, Husten und / oder Verschleimung.

eine Überwachung der Sauerstoffsättigung ist erforderlich.

Bei „ja“ geben Sie bitte detaillierte Informationen an (zu verabreichende Mittel sind mit auf der ärztlichen Verordnung aufzuführen):

---

---

Neigt der Gast in bestimmten Situationen zu erhöhter Temperatur, Unterkühlung oder erhöhter Transpiration (Schwitzen)?

nein

ja, in folgenden Situationen neigt der Gast zu erhöhter Temperatur, Unterkühlung oder erhöhter Transpiration:

---

---

## 16. Sich pflegen

	selbstständig	vollständige Hilfe	Unterstützung, in wieweit:
Beim Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Benutzung von Duschgel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Abduschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Abtrocknen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Haare fönen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Intimhygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besonderheiten beim Baden und / oder Duschen (Vorlieben, Hilfsmittel wie Lifter, Duschliege oder Duschstuhl)			

---

Hat die Bewohnerin ihre Menstruation?

ja

nein

Wie geht der Gast mit der Menstruation um?

selbstständig

Ihr muss geholfen werden.

Treten in Verbindung mit der Menstruation Schwierigkeiten auf? Wie sollen wir reagieren?

---



---



Möchte der Gast von einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson gepflegt werden?

ja  nein

Weitere Besonderheiten und Bemerkungen im Hinblick auf die Pflege (z.B. Pflegeprodukte, Verwenden von Aromaölen- oder Badezusätzen, kinesthetisches Handling etc.):

---

### 17. Essen und Trinken

Hat der Gast Lebensmittelunverträglichkeiten, -Allergien?

nein  ja, folgende:

---

Ist der Gast Diabetiker?

ja (bei ja bitte Diabetesplan beilegen!)  nein

Muss der Gast Diät halten? Ist eine Essensbegrenzung erforderlich?

nein  ja, die Ernährung sieht wie folgt aus:

---

Bekommt der Gast Sondenkost?

nein  ja, wie Schwerkraft, Pumpe,  
Flüssigkeitszufuhr zwischen den Mahlzeiten o.a.:

Bitte legen Sie den Sondenplan bei!

---

Hat der Gast Schluckstörungen?

nein  ja, die Esstherapie sieht folgendes vor:

Besondere Essgewohnheiten

Darf der Gast Fleisch essen?  ja  nein

Darf der Gast Schweinefleisch essen?  ja  nein

Weitere Besonderheiten:

---

---

Wie soll das Essen zubereitet werden?

- Der Gast benötigt passierte Kost.
- Der Gast benötigt zerdrückte Kost.
- Dem Gast muss das Essen gereicht werden.
- Dem Gast müssen die Brote geschmiert werden.
- Dem Gast soll das Fleisch geschnitten werden.

Was isst der Gast gern, ungern oder gar nicht?

Gern:

---

---

Ungern:

---

---

Gar nicht

---

---

Darf der Gast Alkohol trinken?

ja  nein

Darf der Gast rauchen?

ja  nein

## 18. Ausscheiden

Der Toilettengang

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> erfolgt selbstständig.                   | <input type="checkbox"/> erfolgt nach Erinnerung.                |
| <input type="checkbox"/> erfolgt mit Unterstützung.<br>begleitet. | <input type="checkbox"/> wird aufgrund der Inkontinenzversorgung |

Der Toilettengang erfolgt mit Unterstützung. Wie sieht die Unterstützung aus (Öffnen der Kleidung, Durchführung der Intimhygiene...)?

---

---

Der Toilettengang wird aufgrund der Inkontinenzversorgung begleitet.

Der Gast

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> trägt ständig Windeln.     | <input type="checkbox"/> trägt Windeln nur nachts. |
| <input type="checkbox"/> trägt zusätzlich Einlagen. |  |

Die Windeln sollen \_\_\_x täglich oder alle \_\_\_ Stunden gewechselt werden.

Wie macht der Gast auf seine Bedürfnisse aufmerksam?

---

---

Besonderheiten bei der Inkontinenzversorgung (Stuhlregulierung, mechanische oder medikamentöse Darmentleerung o.ä.):

---

---

## 19. Sich kleiden

	Selbstständig	Vollständige Hilfe	Unterstützung, in wie weit:
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sortieren der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten / Vorlieben in Bezug auf die Kleidung (z. B. Tuch um den Hals, besonders warm oder luftig anziehen, etc.)

---



---

## 20. Ruhen und Schlafen

Gewohnte Schlaf- und Aufstehzeit in der Woche und am Wochenende?

---



---

Besondere Schlafgewohnheiten (Lagerung, Oberbett, Polsterung, nächtliche Unruhe etc.)?

---



---

„Ein,- Schlafrituale“ (Geschichte, Musik, Licht, Tür auf...)

---



---

## 21. Sich beschäftigen

Womit beschäftigt sich der Gast in der Freizeit? Was spielt der Gast gerne für Spiele? Was hat der Gast für Freizeitvorlieben? (Musik, Sport, Bewegung, Snoezelen, Schaukeln, Basteln, kreativ sein, Gesellschaftsspiele, Massagen, Unterhaltungselektronik, tragbare Spielkonsolen und deren Gebrauch...)

---

---

Geht der Gast gerne Schwimmen?

ja

nein

Kann der Gast schwimmen?

ja

nein

Kann der Gast mit Geld umgehen?

ja

nein

## 22. Sich als Mann oder Frau fühlen

Gibt es Besonderheiten im Umgang mit der eigenen Sexualität und / oder dem eigenen / anderen Geschlecht?

nein

ja. In Bezug auf die Sexualität des Gastes sollte seitens des Betreuungsteams auf Folgendes geachtet werden:

---

---

## 23. Für Sicherheit in der Umgebung sorgen können

War der Gast schon einmal von seinem gewohnten Umfeld (Familie, Zuhause) getrennt?

nein

ja, der Gast war (Ort und Zeit):

---

---

Welche Probleme sind in einem fremden Umfeld aufgetreten (z. B. Heimweh) und wie konnte interveniert werden?

---

---

Kann der Gast sich in einem fremden Umfeld orientieren?

ja

nein, der Gast benötigt Hilfestellungen.

Hilfestellungen könnten wie folgt aussehen:

---

---

#### 24. Soziale Bereiche des Lebens sichern

Ist der Kontakt zu Freunden oder einem möglichen Partner während des Aufenthaltes in der Arche gewünscht, gewährleistet und / oder nötig?

nein

ja, der Kontakt soll wie folgt aussehen:

---

---

#### 25. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Gab es traumatische Ereignisse oder Erlebnisse im Leben des Gastes?

nein

ja.

Wenn "ja", wie äußern sich diese und welche Interventionsmöglichkeiten können bei Bedarf angeboten werden?

---

---

**26. Was könnte noch wichtig sein und wurde bisher nicht erwähnt?**

---

---

**28. Welche Anregungen haben Sie, diesen „Hilfe zur Betreuung“-Bogen besser zu machen??**

---

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kurzzeitpflegehaus „Arche“ für behinderte Kinder und Jugendliche in Halle / Westf. im Bedarfsfall mit dem Haus- bzw. Facharzt meines Kindes kooperieren und entbinde diesen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift