

Allgemeine Daten Teilnehmer/-in	
Name:	Nachname:
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich
Geburtsdatum:	
Adresse:	

Kontaktperson	
☐ Eltern/ Angehörige	☐ Wohnstätte/ päd. Mitarbeiter/in
	☐ sonstige:
Name:	
Telefonnummer:	
Mobilnummer:	
Notfalltelefonnummer:	
Email:	

Angaben zur gerichtlich bestellten Betreuung (bei Volljährigkeit)
Name der gerichtlich bestellten Betreuung :
Adresse :
Mobilnummer :
E-Mail :
Bereiche (Kopie Betreuerausweis beilegen):

Diagnosen				
☐ lern/ geistig Behinderung ☐ körperliche Behinderung ☐ psychische Behinderung ☐ Entwicklungsverzögerung ☐ Wahrnehmungsstörung ☐ Traumatisierung ☐ Ergänzungen:				
Hilfsmittel: ☐ Brille ☐ Hörgerät ☐ Gebiss ☐ Prothese/Klammer ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ spezielles Besteck ☐ Sonstiges/Bemerkung:				

Allgemeines	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Sinnesbehinderung (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Schmerzempfinden, Farbwahrnehmungen)	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Epilepsie	☐	☐	
Infektionskrankheit	☐	☐	
Allergien	☐	☐	
Inkontinenz	☐	☐	
Lärmempfindlichkeit	☐	☐	
Gefahrenbewusstsein	☐	☐	

Fähigkeiten	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Ich kann sprechen	☐	☐	
Ich kann lesen/schreiben	☐	☐	
Ich kann die Uhr lesen	☐	☐	
Ich kann Rad fahren	☐	☐	
Ich kann laufen	☐	☐	
Ich bin sicher im Straßenverkehr	☐	☐	
Bin ich auf Hilfsmittel angewiesen Wenn ja auf welche	☐	☐	
Gruppenfähigkeit / soziales Verhalten	☐	☐	Beschreiben Sie das besondere Verhalten:

Unterstützung	Alleine	Erinnerung	Hilfe	Bemerkung
---------------	---------	------------	-------	-----------

[illegible]