

Betreuung ohne Grenzen e.V. (BoG e.V.)

Adresse: Jägerstr. 6a, 87435 Kempten (Allgäu)

E-Mail: betreuungohne Grenzen@gmail.com

Website: www.bog-ev.de

STAMMDATEN- UND NOTFALLBOGEN

Vertrauliche Angaben für Betreuung, Assistenz und Notfälle

Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Änderungen – insbesondere bei Gesundheit, Medikamenten, Kontakten oder Vertretungsbefugnissen – sind BoG e.V. unverzüglich mitzuteilen. Der Bogen verbleibt bei BoG e.V. und ist nicht Bestandteil der Abrechnung mit der Pflegekasse.

1. Persönliche Stammdaten

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Wohnanschrift / häuslicher Aufenthalt	Telefon der teilnehmenden Person
Besondere Wohnform / Einrichtung	Ansprechperson in der Einrichtung
Pflegegrad ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Pflegekasse / Versichertennummer

2. Vertretung und erreichbare Bezugspersonen

Vertretungsberechtigte Person / gesetzliche Betreuung	Verhältnis / Aufgabenkreis
Telefon mobil	E-Mail
1. Notfallkontakt – Name / Verhältnis	Telefon – jederzeit erreichbar
2. Notfallkontakt – Name / Verhältnis	Telefon – jederzeit erreichbar

3. Kommunikation, Orientierung und Verhalten

Kommunikation ☐ spricht verständlich / teilt Bedürfnisse selbst mit ☐ leichte Sprache / kurze Sätze erforderlich ☐ unterstützte Kommunikation / Kommunikationsgerät ☐ nonverbale Signale besonders beachten	Orientierung und Begleitung ☐ zeitlich / örtlich / situativ sicher orientiert ☐ benötigt klare Struktur und Vorankündigungen ☐ kann sich entfernen / Weglauftendenz ☐ ständige oder engmaschige Beaufsichtigung nötig
Wichtige Hinweise zur Verständigung, Beruhigung, Motivation oder zu möglichen Auslösern _____ _____	

4. Mobilität, Transfers und Hilfsmittel

Mobilität ☐ selbstständig gehfähig ☐ gehfähig mit Begleitung / Sturzrisiko ☐ Rollator / Gehstützen ☐ Rollstuhl – selbstständig / mit Schiebehilfe	Transfers und Hilfsmittel ☐ Transfers selbstständig ☐ Unterstützung durch 1 Person ☐ Unterstützung durch 2 Personen / Lifter ☐ weitere Hilfsmittel: _____
Besonderheiten bei Lagerung, Sitzposition, Orthesen, Rollstuhl, Transfers oder Sturzprophylaxe _____ _____	

5. Essen, Trinken und Ausscheidung

Essen und Trinken ☐ selbstständig ☐ Anreichen / Schneiden / Erinnerung erforderlich ☐ Kostform: normal / weich / püriert ☐ Schluckstörung / Aspirationsgefahr	Toilette und Versorgung ☐ selbstständig ☐ Begleitung / Unterstützung erforderlich ☐ Inkontinenzmaterial erforderlich ☐ Katheter / Stoma / sonstige Versorgung
Unverträglichkeiten, besondere Kost, Trinkmenge, Toilettentrhythmus oder weitere Hinweise _____ _____	

Betreuung ohne Grenzen e.V. (BoG e.V.)

Adresse: Jägerstr. 6a, 87435 Kempten(Allgäu)

E-Mail: betreuungohne Grenzen@gmail.com

Website: www.bog-ev.de

STAMMDATEN- UND NOTFALLBOGEN

Bei jedem Angebot aktuell mitzuführen bzw. verfügbar zu halten

NOTFALLRELEVANT: Bitte nur aktuelle und zutreffende Angaben machen. Bei akuter Gefahr ruft BoG e.V. den Rettungsdienst (112) und informiert anschließend die benannten Kontaktpersonen.

6. Gesundheitliche Angaben

Diagnosen und gesundheitliche Besonderheiten, die für die Betreuung relevant sind *Keine vollständige Krankenakte erforderlich.*

Besondere Risiken

- ☐ Epilepsie / Krampfanfälle
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Allergie / Anaphylaxierisiko
- ☐ Herz-/Kreislaufkrankung

Weitere Risiken

- ☐ Asthma / Atemprobleme
- ☐ Schluckstörung / Aspirationsrisiko
- ☐ Sturz- oder Frakturrisiko
- ☐ Selbst- oder Fremdgefährdung möglich

Allergien, Unverträglichkeiten und unbedingt zu vermeidende Stoffe / Situationen

7. Medikamente

Medikamente dürfen durch BoG e.V. nur nach vorheriger schriftlicher Vereinbarung, mit aktuellem ärztlichem Medikationsplan und in eindeutig beschrifteter Original-/Wochendosierung übernommen oder verabreicht werden.

Regelmedikation während des Angebots erforderlich?

- ☐ nein ☐ ja – Medikationsplan liegt bei

Eigenständige Einnahme möglich?

- ☐ ja ☐ nein

Bedarfs-/Notfallmedikation vorhanden?

- ☐ nein ☐ ja

Lagerung

- ☐ Raumtemperatur ☐ gekühlt

Bedarfs-/Notfallmedikation: Name, Dosis, eindeutiger Anlass, maximale Gabe und Vorgehen danach

8. Vorgehen in bekannten Notfallsituationen

Hausarzt / behandelnde Praxis

Telefon

Facharzt / Spezialambulanz

Telefon

Bevorzugtes Krankenhaus (soweit möglich)

Besondere Hinweise für Rettungsdienst / Klinik

Konkretes Vorgehen bei Anfall, Unterzuckerung, allergischer Reaktion, Krise oder sonstigem bekannten Ereignis

9. Mitgabe bei jedem Angebot

Erforderliche Unterlagen

- ☐ Kopie Krankenversichertenkarte / Daten verfügbar
- ☐ aktueller Medikationsplan
- ☐ Notfallausweis / Allergiepass / Epilepsieplan
- ☐ Kontaktdaten aktuell

Persönliche Ausstattung

- ☐ Medikamente in ausreichender Menge
- ☐ Hilfsmittel / Ladegerät / Ersatzteile
- ☐ Inkontinenz- und Wechselmaterial
- ☐ Essen / Getränke / Spezialkost nach Absprache

10. Bestätigung und Aktualisierung

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen vollständig und aktuell sind. Ich informiere BoG e.V. unverzüglich über relevante Änderungen. Im medizinischen Notfall darf BoG e.V. die erforderlichen Sofortmaßnahmen veranlassen, den Rettungsdienst verständigen und notwendige Informationen an behandelnde Fachkräfte weitergeben. Diese Erklärung ersetzt keine gesonderte Einwilligung zur regelmäßigen Medikamentengabe.

Ort, Datum

Unterschrift teilnehmende Person

Ort, Datum

Unterschrift vertretungsberechtigte Person

Nur durch BoG e.V. auszufüllen: geprüft am _____ durch _____ nächste Aktualisierung spätestens _____