



STAMMBLATT

FÜR FUD -
NUTZER*INNEN

Lebenshilfe München e.V.
Stadt u. Landkreis
Familienunterstützender Dienst (FUD)

Datum: _____

Der Familienunterstützende Dienst (FUD) der Lebenshilfe München unterstützt, begleitet und betreut Menschen mit Behinderung aller Altersstufen. Um diese Tätigkeiten gut und für alle Beteiligten erfolgreich durchführen zu können, sind wir und unsere Helfer*innen vor Ort auf Ihre Informationen angewiesen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

ZU BETREUENDE PERSON

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Adresse: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Telefon: _____

Kranken-/Pflegekasse: _____ **Email:** _____

_____ **Versichertenr.:** _____

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE / GESETZLICHE VERTRETUNG

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Adresse: _____ **Telefon:** _____

Email: _____

Notfallkontakt: (Name, Tel, Bezug zum Kind/ zur Person) _____

Art der Behinderung: _____

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nicht bekannt ☐ wird beantragt

Behindertenausweis: ☐ Nein ☐ Ja, mit folgenden Merkzeichen: _____

Anspruch auf: Verhinderungspflege §39 SGB XI ☐ ja ☐ nein
 Betreuungsleistung §45b SGB XI (Entlastungsbetrag) ☐ ja ☐ nein
 sonstige Budgets _____

Ich lebe... : ☐ bei meinen Eltern / Angehörigen ☐ in einem Wohnheim
☐ in meiner eigenen Wohnung ☐ im Betreuten Wohnen
☐ in einer Außenwohngruppe ☐ Sonstiges: _____

Familiensituation:

weitere betreuende Einrichtungen:

(z.B. Schule, HPT, Werkstatt...) _____

Wie bin ich auf den FUD der Lebenshilfe München aufmerksam geworden?

Betreuungsbedarf:

Zeitraum	Beispiel	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
von	16:00								
bis	18:30								

Welche Sprachen werden gesprochen / verstanden?

☐ Deutsch ☐ Englisch ☐ Französisch ☐ Spanisch ☐ Italienisch ☐ Türkisch ☐ Syrisch
☐ Indisch ☐ Ukrainisch / Russisch ☐ Arabisch ☐ Vietnamesisch ☐ Farsi / Dari / Paschtu
☐ Sonstige: _____



AUFSICHT / ASSISTENZ

- ☐ ist im Straßenverkehr als Fußgänger*in mit loser Aufsicht zuverlässig
- ☐ darf beim Toilettengang allein gelassen werden
- ☐ benötigt andauernd Eins-zu-Eins-Betreuung
- ☐ hat keinerlei Gefahrenbewusstsein
- ☐ benötigt permanente Aufsicht bei Nahrungsaufnahme
- ☐ möchte folgende Berührungen / Reize nicht: _____
- ☐ Sonstiges: _____

ORIENTIERUNG

- ☐ kann sich zeitlich orientieren
- ☐ kann sich räumlich orientieren
- ☐ findet sich in bekannten Räumen zurecht
- ☐ spielt und bewegt sich im Freien unter lockerer Aufsicht
- ☐ Sonstiges: _____

UNTERWEGS

- ☐ ist im Straßenverkehr unter lockerer Aufsicht zuverlässig
- ☐ muss immer an Hand geführt werden
- ☐ Sonstiges: _____

AN- UND AUSZIEHEN

- ☐ zieht sich vollständig und selbstständig an
- ☐ kann selbstständig Knöpfe öffnen / schließen
- ☐ einfache Kleidungsstücke werden selbstständig an- und ausgezogen
- ☐ muss vollständig an- / ausgezogen werden
- ☐ Sonstiges: _____

PFLEGE / TOILETTENGANG

- ☐ erledigt Toilettengang völlig selbstständig (inklusive Hände waschen)
- ☐ geht alleine zur Toilette, nur Hilfe bei Hygiene
- ☐ meldet sich rechtzeitig (von sich aus)
- ☐ zeigt Toilettengang an, durch: _____
- ☐ trägt Windeln ☐ tagsüber ☐ nachts ☐ bei Bedarf
- ☐ zeigt Windelwechsel an, durch: _____
- ☐ wird beim Wickeln auf Toilette gesetzt
- ☐ wird im Liegen gewickelt
- ☐ wird im Stehen gewickelt
- ☐ muss alle _____ Stunden auf die Toilette gesetzt werden, trägt keine Windel
- ☐ muss alle _____ Stunden an Toilettengang erinnert werden

NAHRUNGSAufNAHME

- ☐ isst mit Messer und Gabel und bedient sich
- ☐ kann mit dem Messer streichen
- ☐ isst selbstständig zerkleinertes Essen
- ☐ trinkt selbstständig ☐ trinkt mit Handführung
- ☐ Löffel oder Gabel muss von Betreuungsperson gefüllt werden
- ☐ benötigt Handführung
- ☐ Essen wird gegeben
- ☐ Sonstiges: _____

Lieblingsspeisen / -getränke: _____

Das wird nicht gemocht: _____

MOTORIK

- ☐ läuft sicher selbstständig ☐ läuft an der Hand
- ☐ Treppe mit Unterstützung ☐ ohne Unterstützung



SPRACHE

- ☐ Sprache ist altersgemäß
- ☐ gibt unartikulierte Laute von sich
- ☐ spricht einzelne Wörter, z.B.: _____
- ☐ verwendet Codewörter, z.B.: _____

- ☐ verwendet (Hilfs-)Gebärden, z.B.: _____

KONTAKTFÄHIGKEIT

- ☐ spielt und kommuniziert mit anderen Kindern / Jugendlichen
- ☐ Kontakt zu Bezugsperson
- ☐ führt Person mit der Hand, um Etwas zu zeigen
- ☐ nimmt Kontakt durch Gestik und Mimik auf
- ☐ distanzlos
- ☐ fremdaggressiv
- ☐ selbstaggressiv
- ☐ keine Kontaktaufnahme
- ☐ Sonstiges: _____

HILFSMITTEL

- ☐ Rollstuhl ☐ ☐ Reha-Buggy ☐ Sonde
- ☐ Hörgerät ☐ Brille ☐ Talker
- ☐ (Hilfs-)Gebärden, z.B.: _____
- ☐ Piktogramme / Bilder, z.B.: _____
- ☐ andere Hilfsmittel, z.B.: _____



BESCHÄFTIGUNG

beliebtes Material (z.B: Bücher, Musik, Spiele, Lieblingsspielzeug):

beschäftigt sich gerne mit: _____

weitere Interessen: _____

BESONDERES VERHALTEN

- | | |
|---|--|
| ☐ Schaukelbewegung | ☐ starke Unruhe |
| ☐ Angst vor (Personen, Tieren, Dingen) | |
| ☐ nimmt Gegenstände in den Mund | ☐ wirft Gegenstände |
| ☐ Selbstverletzung, ja wenn: _____ | |
| ☐ Fremdverletzung, ja wenn: _____ | |
| ☐ Aggressivität, ja wenn: _____ | |
| ☐ Unberechenbarkeit | |
| ☐ Weglaufen / Hinlaufen | |
| ☐ andere: _____ | |

WAS GIBT SICHERHEIT / BERUHIGT ?

- ☐ Körperkontakt (in den Arm nehmen, berühren, festhalten)
- ☐ am Besten KEINE Berührung
- ☐ beruhigen (mit Worten) ☐ wenig Worte, nur anwesend sein
- ☐ bestimmte Musik, Video etc., z.B.: _____
- ☐ besondere Gewohnheiten (Tagesablauf, Mittagsschlaf, etc.): _____
-



ANFÄLLE

Besteht ein Anfallsleiden?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Wie oft treten Anfälle auf? ca. ____ x ☐ pro Tag ☐ pro Woche ☐ pro Jahr

Wann treten Anfälle meistens auf? ☐ morgens ☐ tagsüber ☐ nachts

Beobachtbare Anzeichen eines Anfalls: _____

Wie läuft in der Regel ein Anfall ab? (Vorzeichen, Ablauf, Dauer etc.)

Gibt es bekannte Anfallsauslöser? _____

**Was sind entsprechende
Vorbeugemaßnahmen?**

Was ist nach einem Anfall notwendig? _____



ALLERGIEN / MEDIKAMENTE

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

Sonstige gesundheitliche Probleme (Kreislauf, Herzfehler, etc.)

Ist während der Betreuungszeit die regelmäßige Gabe von Medikamenten nötig?

☐ nein

☐ ja, und zwar: _____

☐ Ärztliche Verordnung liegt bei (notwendig!)

Notfallmedikament:

☐ nein

☐ ja, und zwar (Name, Art der Einnahme, wann): _____

WICHTIG FÜR FERIEN- / SAMSTAGSBETREUUNG

- Die benötigten Medikamente müssen in einer mit Namen gekennzeichneten Medikamentenbox vorgerichtet sein.
- Zusätzliche Medikamente in Originalverpackung mit Beipackzettel mitgeben! Denken Sie auch an Ersatzmedikamente. Bitte überall den Namen drauf schreiben!
- Alle Medikamente sind mit einer aktuellen ärztlichen Verordnung der Leitung des Angebots persönlich abzugeben. Bitte nicht in Rucksäcke packen.
- Änderungen, die die Medikamente betreffen, sind vorab schriftlich mitzuteilen.



RICHTERLICHE BESCHLÜSSE

Es liegt ein richterlicher Beschluss für folgende freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Tür verschließen, festhalten, Rollstuhlgesturt verschließen) vor.

☐ nein

☐ ja, und zwar (Was genau? Art der Einrichtung? Zeitraum?):

Diese Info dient uns zur Gefahreneinschätzung und um (natürlich nur in Absprache mit Ihnen) abzuwägen, ob eine der Maßnahmen für unsere Betreuung notwendig ist.

UNTERSCHRIFT

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass das Unterstützungsangebot (Betreuungseinsätze, Samstags- / Ferienbetreuung etc.) nicht von ausgebildeten pädagogischen, medizinisch geschulten Helfer*innen erbracht wird.

Außerdem teile ich Änderungen, die sich ergeben rechtzeitig mit.

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligung für die Veröffentlichung von Fotos

an die Lebenshilfe München e. V. Stadt und Landkreis
St.-Quirin-Straße 13 a 81549 München



Name: _____

Anschrift: _____

Der FUD macht auf Veranstaltungen in der Ferien- und Samstagsbetreuung Fotos.

Wenn Sie auf den Fotos zu sehen sind, dürfen Sie bestimmen: darf die Lebenshilfe die Fotos her zeigen? Oder lieber nicht?

Ich bin einverstanden, dass die Lebenshilfe Fotos, auf denen ich zu sehen bin herzeigt:

- ☐ in den Räumen des FUD
- ☐ im digitalen Newsletter der Lebenshilfe
- ☐ auf der Homepage der Lebenshilfe
- ☐ Instagram-account der Lebenshilfe
- ☐ bei Festen oder Veranstaltungen der Lebenshilfe

Hinweis: Im Internet veröffentlichte Informationen und Bilder können weltweit von jedermann heruntergeladen und weiterverarbeitet werden. Einmal im Internet veröffentlichte Informationen lassen sich kaum wieder entfernen.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum

Unterschrift

Abtretungserklärung



Absender:

Name:

Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich erkläre mich damit einverstanden, dass der
ambulante Dienst/FUD der Lebenshilfe München e.V. die

- ☐ zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI
- ☐ Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

direkt mit der Pflegekasse abrechnen kann.

Diese Erklärung gilt bis zu deren Widerruf.

Datum

Unterschrift

UNSER LEITBILD

DIE LEBENSHILFE MÜNCHEN

... ist eine Selbsthilfevereinigung für Menschen mit vornehmlich geistiger Behinderung, ihre Eltern, Angehörige und Freunde. Als Mitglieder bestimmen sie den Kurs der Lebenshilfe München durch Mitarbeit in Gremien und in Projekten. Angehörige bilden die Mehrheit im Vorstand. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Lebenshilfe München prägen die Angebote und das Profil mit ihrer Arbeit, die sich an den Werten und Zielen der Lebenshilfe München orientiert.

UNS TRÄGT

- der Respekt vor der Eigenheit und Würde des Einzelnen,
- die Achtung vor unterschiedlichen Weltanschauungen und Kulturen,
- die Überzeugung, dass ein erfülltes, glückliches Leben nicht davon abhängt, in welchem Maß ein Mensch behindert ist,
- das Bewusstsein, dass jeder Mensch mit seinen Stärken und Schwächen angenommen werden muss
- das Streben nach Inklusion mehr noch als nach Integration, denn wer nicht ausgegrenzt wird, muss später nicht integriert werden,
- die Gewissheit, dass nur durch gemeinsames Planen und Handeln aller Beteiligungen Identität, Selbstwertgefühl und Solidarität entstehen.

DESHALB

- wenden wir uns aktiv gegen Ausgrenzung von Menschen mit Behinderung und vertreten ihre Interessen und Rechte auf allen Ebenen,
- nehmen wir Stellung zu sozialen und ethischen Fragen,
- treten wir für den Schutz des ungeborenen Leben mit Behinderung ein,
- legen wir Wert auf professionelle Arbeit durch geschultes Personal und bieten dafür Rahmen und Fortbildung,
- schaffen wir Möglichkeiten zur Begegnung, zur ehrenamtlichen Mitarbeit, zu sozialem und politischem Engagement,
- unterstützen wir Mitarbeit und Mitbestimmung aller Beteiligten in Arbeitskreisen, Beiräten, Projekten und Vereinsgremien
- sorgen wir für Transparenz der Aufgaben, Verantwortungsbereiche und Ziele,
- pflegen wir ein wertschätzendes Miteinander im Alltag,
- stellen wir uns Kritik und Konflikten, um daraus zu lernen,
- sichern wir die Qualität unserer Arbeit und entwickeln sie weiter durch ein Qualitätsmanagement.

WIR

- helfen individuelle Lebensentwürfe zu verwirklichen,
- schaffen Freiräume und Wahlmöglichkeiten für Eigenart und Selbstbestimmung,
- beraten Menschen mit Behinderung und deren Angehörige bei juristischen, sozialen und lebenspraktischen Fragen,
- beraten und unterstützen werdende Eltern, die ein Kind mit Behinderung erwarten,
- informieren Interessierte zum Thema „Behinderung“,
- pflegen Austausch und Zusammenarbeit mit Behörden, Einrichtungen, Fachleuten, Kirchengemeinden, Vereinen, anderen sozial tätigen Trägern und Elternvereinigungen.

WIR BRAUCHEN DAFÜR

- öffentliche Gelder
- Kassenleistungen
- Spenden
- Mitgliedsbeiträge
- Fördermitglieder
- Ehrenamtliches Engagement

Mittlerer Ring
Richtung West

U1 Richtung
Mangfallplatz

Mittlerer Ring
Richtung Ost



Mittlerer Ring
Richtung Süd
A995



Eingang FuD
St.-Quirin-Str. 13
Erdgeschoss rechts
81549 München

Es gibt viele Möglichkeiten, wie Sie die Arbeit der Lebenshilfe München unterstützen können.
Eine davon ist: Sie werden Mitglied!

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur **Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Stadt und Landkreis München**, St.-Quirin-Str. 13 a, 81549 München und verpflichte mich zur Zahlung eines jährlichen (Mindest-) Mitgliedsbeitrages* von:

- | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ als Mitglied (betroffene Eltern und Angehörige) | ☐ 60 Euro | ☐ 80 Euro | ☐ _____ |
| ☐ als Fördermitglied | ☐ 50 Euro | ☐ 100 Euro | ☐ _____ |

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

Tel. _____ E-Mail _____

Für den Schriftverkehr verwenden Sie bitte ☐ Post ☐ E-Mail

Name des Angehörigen mit Behinderung** _____ geb. _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Mitgliederzeitschrift, Newsletter:

☐ Ich möchte den online Newsletter bestellen, der dreimal im Jahr versendet wird ***

E-Mail _____

Konto für Mitgliedsbeiträge und Spenden:

IBAN: DE90 7002 0270 5800 5570 05

BIC: HYVEDEMMXXX

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen per Lastschrift einzuziehen.

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber _____

Datum _____ Unterschrift _____

Gemäß §28 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) machen wir darauf aufmerksam, dass die im Rahmen der Geschäftsabwicklung notwendigen Daten mittels einer EDV-Anlage gemäß §33 (BDSG) verarbeitet werden.

* Auf Anfrage kann in begründeten Fällen der Mitgliedsbeitrag ermäßigt werden.

** freiwillige Angaben

*** Die Speicherung und Nutzung Ihrer Daten durch die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. erfolgt ausschließlich für die Zusendung des online Newsletters. Die Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht. Sie können sich jederzeit durch einen Link direkt im Newsletter wieder abmelden.

Information zur Datenerhebung (Art. 13 DS-GVO) an Mitglieder

Kontaktdaten der Verarbeitenden Stelle:

Lebenshilfe München e.V. Stadt und Landkreis St.-Quirin-Str. 13a 81549 München
Telefon: 089 69347 – 0 E-Mail: info@lebenshilfe-muenchen.de

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Stefan Leißl Sanderstraße 47 86161 Augsburg Telefon 0821 6508 8580 E-Mail: leissl@consulting-l.de

Rechtsgrundlage der Datenerhebung:

Zweck:

Wenn Sie bei uns Mitglied werden, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Betreuung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft.
Des Weiteren verwenden wir die von Ihnen mitgeteilten Kontaktdaten für die Zusendung von Informationen, der Lebenshilfe Zeitung und für Spendenaufrufe.

Rechtsgrundlage:

Rechtsgrundlage hierfür ist DS-GVO Art. 6 Abs. 1 lit. b (zur Erfüllung eines Vertrages) und f (Wahrung eines berechtigten Interesses des Verantwortlichen).

Empfänger der Daten:

Interne Stellen, die an jeweiligen Geschäftsprozessen beteiligt sind. Auftragsverarbeiter im Sinne des Art. 28 DSGVO, wie z.B. unser Versanddienstleister.

Ihr Name und Ihre Adresse werden falls von Ihnen gewünscht an die Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. weitergegeben und ausschließlich für die Zusendung der Lebenshilfe-Zeitung verwendet.

Übermittlung in Drittländer:

Es findet keine Datenübermittlung in Drittländer statt.

Dauer der Speicherung:

Ihre Daten werden gemäß der steuer- und handelsrechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationsfristen gespeichert. Nach Ablauf der Frist werden die entsprechenden Daten gelöscht.

Betroffenenrechte:

Sie haben das Recht auf:

1. Auskunft über die von Ihnen gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO)
2. Berichtigung der von Ihnen gespeicherten Daten (Art. 16 DSGVO)
3. Löschung der von Ihnen gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO)
4. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO)
5. Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 21 DSGVO)
6. Übertragbarkeit Ihrer Daten (Art. 20 DSGVO)
7. Beschwerde bei den Datenschutz-Aufsichtsbehörden (Art. 77 DSGVO)
8. Recht auf Widerruf der Einwilligung (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Automatisierte Entscheidungsfindung:

Es findet keine automatisierte Entscheidungsfindung statt.

Zweckänderung:

Die personenbezogenen Daten werden zu keinem anderen Zweck als zu den oben genannten verwendet.

**Veranstaltungen der Lebenshilfe München e.V. Stadt und Landkreis
für Eltern, Angehörige und Interessierte:**

Was ist Ihr Wunsch?

Ja, ich möchte über Veranstaltungen der Lebenshilfe München e.V.
Stadt und Landkreis informiert werden.

Folgende Themen würden mich interessieren:

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____

Mail _____

Mitglied der LH ja nein

Angehörige / Eltern ja nein

Alter des Angehörigen _____

Datum

Unterschrift

Informationen zur Datenerhebung finden Sie unter <https://www.lebenshilfe-muenchen.de/datenschutz/>

Lebenshilfe München e.V.
Stadt und Landkreis
Angehörigenberatung
Fon: (0 89) 69 34 7-1 17
Fax: (0 89) 69 34 7-1 82
beratung@lebenshilfe-muenchen.de
www.lebenshilfe-muenchen.de
St.-Quirin-Str. 13a
81549 München