**Anamnese Notfallakte**

Schule am Weserbogen, LWL Förderschule Bad Oeynhausen, Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschlecht m [ ]  w [ ]

**Grunderkrankung:**

Herzerkrankungen bekannt ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Epilepsie bekannt ja [ ]  nein [ ]

Kurze Anfallsbeschreibung**:............................................................................................**

**........................................................................................................................................**

**........................................................................................................................................**

Allergien bekannt ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chronische Infektionskrankheiten bekannt ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit bekannt ja [ ]  nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nahrungsaufnahme:**

selbstständig [ ]

teilweise selbstständig [ ]

über PEG / Button: [ ]  (ggf. zusätzliche Formulare ausfüllen)

benötigt dabei folgende Hilfsmittel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Intimpflege:**

selbstständig [ ]

teilweise selbstständig [ ]

trägt Windeln [ ]

wird regelmäßig katheterisiert [ ]  (ggf. zusätzliche Formulare ausfüllen)

Besonderheiten die zu beachten sind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wie mobil ist Ihr Kind?**

kann laufen [ ]

kann mit Unterstützung laufen [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rollstuhlfahrer [ ]

Benötigt folgende Hilfsmittel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift der Erziehungsberechtigten**