

Teil 3

Das Ich-Buch:
Was man über Sie wissen sollte,
um Ihnen die Behandlung zu erleichtern

Von:

Das bin ich

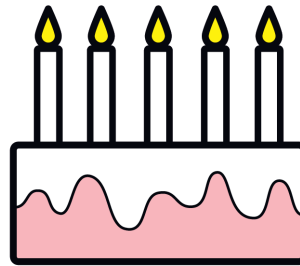
Foto

Vorname:

Name:

So möchte ich genannt werden:

Ich habe Geburtstag am:



Hier wohne ich:



☐ Ich habe keine gesetzliche Betreuer*in

☐ Ich habe eine gesetzliche Betreuer*in

Name:

Telefon:

Meine wichtigsten Personen

Name:



Telefon:

Adresse:

Name:



Telefon:

Adresse:

Name:



Telefon:

Adresse:

So spreche ich mit Dir



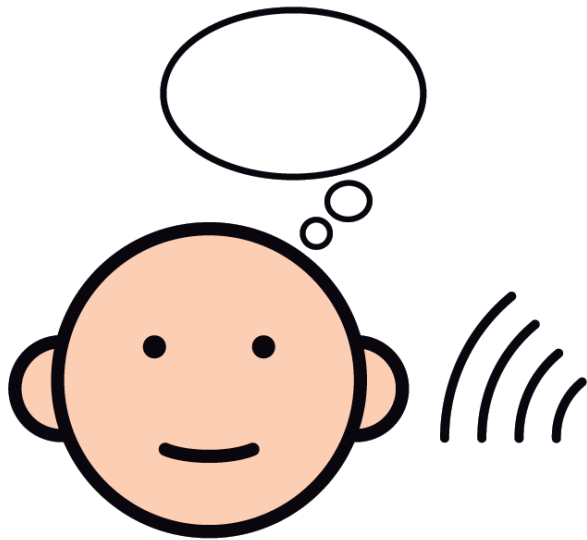
ohne Worte

- ☐ Mimik
(mit dem Gesicht)
- ☐ Blick-Kontakt
- ☐ Gestik
(mit Armen, Händen und Kopf)
- ☐ Zeigen
- ☐ Gebärden

mit Worten

- ☐ Lautieren (mit dem Mund)
- ☐ Ein-Wort-Sätze
- ☐ Wort-Wiederholungen
- ☐ Ja-/Nein-Antworten
- ☐ Undeutlich
- ☐ Unterstützte Kommunikation
- ☐ Verzögert
- ☐ Langsam/mit Pausen
- ☐ Mit technischer Hilfe

So verstehe ich Dich gut



☐ Ohne Einschränkung

☐ Blick-Kontakt

☐ Gebärden

☐ Unterstützte Kommunikation

☐ Bild-Karten

☐ Leichte Sprache

- Kurze Sätze
- Keine Fremd-Worte
- Bildhafte Sprache meiden
- Langsam sprechen

☐ Abstand halten

☐ Mit Hilfs-Objekten
(z. B. Puppen)

☐ Ja-Nein-Fragen

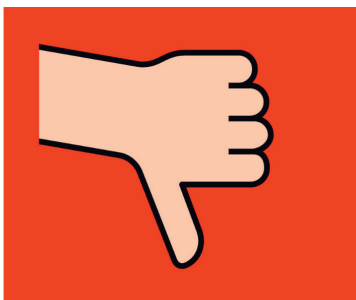
☐ Zeit zum Antworten

☐ Verständnis überprüfen

So zeige ich, dass mir etwas gefällt



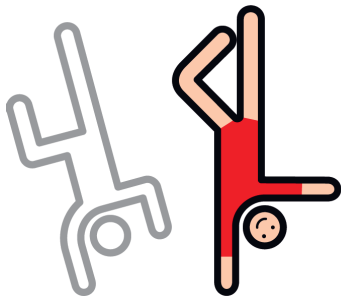
So zeige ich, dass mir etwas **nicht** gefällt



So wähle ich aus



Das kann ich gut



Das mache ich gerne



Das mache ich **nicht** gerne



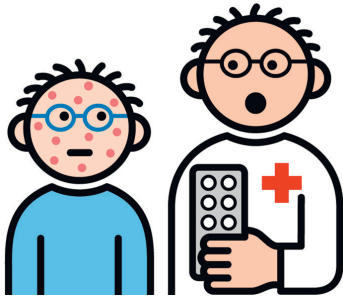
So schlafe ich am besten ein



Mein Schlaf-Rhythmus



Meine Krankheiten



Diese Medikamente nehme ich regelmäßig

Name:

Dosierung:

Name:

Dosierung:

Name:

Dosierung:

Diese Medikamente nehme ich bei Bedarf



Wann?

Wieviel?

Wie oft?

Ich habe diese Allergien



Diese Lebensmittel vertrage ich nicht



Meine Hausärzt*in



Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Meine Zahnärzt*in



Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Mein Notfall-Kontakt



Name: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Weitere Ärzt*innen/Therapeut*innen

Name:

Telefon:

Adresse:

Name:

Telefon:

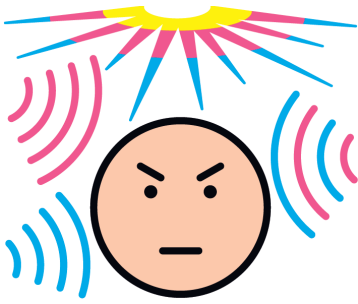
Adresse:

Name:

Telefon:

Adresse:

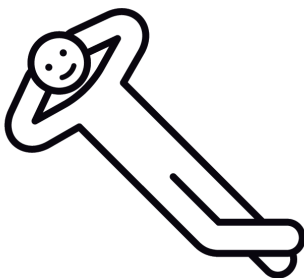
bei Stress (Früh-Warn-Zeichen)



bei Schmerzen



Beim Entspannen hilft mir



Das brauche ich, damit es mir gut geht

- ☐ Eine feste Bezugsperson

- ☐
- Meine Rituale

- ☐ Bilder

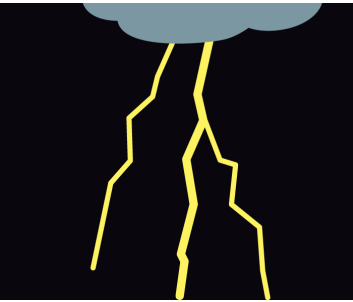
- ☐ Mein Lieblingsgegenstand: _____

- ☐
- Wenig Ablenkung

- ☐ Ruhe

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

Mein Krisenplan

[illegible]