

Name: _____ Vorname: _____

Fragebogen zur Ermittlung des Betreuungs- und Pflegebedarfs während des Jugendcamps 2021

(Bitte von Eltern und Jugendlichen/jungen Erwachsenen gemeinsam in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen und bei Bedarf ausführlich ergänzen)

1. Name und Alter zum Zeitpunkt der Veranstaltung:

Ich heiße _____ und bin _____ Jahre alt.

2. Folgende aktuelle gesundheitliche/medizinische Besonderheiten sind bei mir zu beachten:

- Keine

Körperlich:

- Herzfehler: _____

- Asthma: _____

- Sehfähigkeit: _____

- Anfallsleiden: _____

- Skoliose (Korsett):

- ◇ Ich kann mich uneingeschränkt bewegen

- ◇ Ich habe folgende Gehbehinderung /Hilfsmittel:

- Neigung zu Erbrechen/ Verschlucken/Aspiration: _____

- Weiteres: _____

Name: _____ Vorname: _____

Psychisch:

○ Ängste: _____

○ Hyperaktivität: _____

○ Aggressivität: _____

○ Schlafstörungen: _____

○ Weiteres: _____

Allergien/Unverträglichkeiten:

○ Diabetes: _____

○ Allergien (Heuschnupfen, Insektenstiche...) wenn ja, welche:

Symptome und Anzeichen: _____

○ Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja welche _____

Welche Kost wird benötigt: _____

○ Weiteres: _____

Name: _____ Vorname: _____

3. Hilfe benötige ich vor allem beim/bei der:

- Waschen/Rasieren, wenn ja, welche:

- Toilettengang, wenn ja, welche:

- An- und Auskleiden: wenn ja, welche:

- Nahrungsaufnahme: wenn ja, welche:

- Auswahl am Buffet (Frühstück/Abendbrot): wenn ja, welche:

- Medikation (siehe Punkt 4.)

- räumlichen Orientierung: _____

- Keine

- Weiteres: _____

Name: _____ Vorname: _____

4. Ich benötige folgende Medikamente:

Bitte beachten Sie, dass wir bei einer Medikamentenänderung im Zeitraum bis zur Veranstaltung eine aktualisierte Seite 4 unterschrieben benötigen!

Erkrankung/ Organ	Medikament	Darreichungs-form (z.B. Tablette)	Dosierung	Einnahme wann?	Hilfe nötig? (wenn ja, bitte Art der Hilfe erläutern)	Art der Medikation (Dauer- oder Bedarfsmedikation)	Medikament muss ich immer bei mir haben (bitte ankreuzen)

Bitte beschriften Sie jedes Medikament eindeutig!

Unterschrift (Teilnehmer bzw. des gesetzl. Vertreters)

Name: _____ Vorname: _____

5. Falls ein Medikament gespritzt wird:

- ich kann mich selber spritzen
- ich benötige beim Spritzen folgende Hilfe: _____

6. Mein behandelnder Arzt ist (falls Urlaub bitte Vertretung erfragen)

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

7. Meine Krankenkasse:

Name: _____

Vers.-Nr.: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

8. Meine Handynummer*:

9. Meine nächsten Angehörigen (Sorgeberechtigten), an die sich der Betreuer bei Fragen wenden kann*:

Name: _____ Telefon 1 _____

Telefon 2 _____

Name: _____ Telefon 1 _____

Telefon 2 _____

*Ich gestatte dem Verein meine mit diesem Fragebogen erhobenen persönlichen Adress- und Kommunikationskontaktdaten in der zentralen Datenbank, auch über die Dauer der Veranstaltung hinaus zu speichern.

O ja O nein

10. Wenn mich meine Angehörigen nicht abholen können, sind folgende Personen abholberechtigt:

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

Bei Abholung muss die Person einen Lichtbildausweis vorzeigen!

Name: _____ Vorname: _____

11. Was ich besonders gerne mag:

12. Was ich mir besonders wünsche (z.B. Zimmernachbar, etc.)

13. Was ich gar nicht mag oder vertrage:

14. Was die Betreuer unbedingt noch wissen sollten:

(z.B. war ich schon mal auf einer Freizeit, aggressions-/angstauslösende Situationen):

15. Besondere Anforderungen an meine Betreuer:

16. Sonstige Wünsche/Probleme/Anregungen:

Name: _____ Vorname: _____

17. An folgenden Aktivitäten darf ich n i c h t teilnehmen:

- Sommerrodelbahn
- Klettergarten
- Bowling
- Schwimm-/Thermalbad (Nichtschwimmerbereich)
- Schwimm-/Thermalbad (Schwimmerbereich)
- Teilnahme nur unter folgender Bedingung (z.B. Schwimmweste)

Weiteres: _____

18. Pflegegrad/Schwerbehindertenausweis

a) Bitte Pflegegrad angeben (falls zutreffend)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

b) Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- Ja
- Nein

Falls ja, welche Merkzeichen: _____

Begleitperson notwendig

- Ja
- Nein

Bitte legen Sie eine Kopie des Ausweises bei bzw. mailen Sie uns eine zu!

19. Weitere telefonische Abstimmungen sind erwünscht:

- Nein**
- Ja**

Telefonnummer: _____

- Ich möchte eine Rückmeldung (Anruf) über mein Kind nach der Veranstaltung von seiner Bezugsperson.**

Name: _____ Vorname: _____

Erklärung:

Alle von mir gemachten Angaben sind vollständig und aktuell.

Sollte mein Kind aus gesundheitlichen Gründen an verschiedenen Programmangeboten (Ausflüge, schwimmen, reiten, Disco, u. ä.) nicht teilnehmen können, teile ich dies den Betreuern rechtzeitig mit.

Im Notfall stimme ich einer ärztlichen Erstversorgung meines Kindes zu.

Ja

Nein

Im Notfall dürfen Informationen zum Kind an einen Arzt weitergegeben werden:

Ja

Nein

Während der Freizeit entstandene Fotos dürfen vom Verein KiDS-22q11 e.V. veröffentlicht werden.

Ja

Nein

Wenn ja: sie dürfen in folgenden Medien veröffentlicht werden:

zukünftige Veranstaltungsflyer

elektron. Newsletter

Homepage

Dieser Zustimmung kann jederzeit widersprochen werden. Sollte es sich um Veröffentlichungen im Internet handeln, können wir nicht gewährleisten, dass die Bilder bereits anderweitig im Netz heruntergeladen wurden.

Privater Austausch von gemachten Fotos während der Freizeit, ist gestattet.

Ja

Nein

Sollte sich bis zum Beginn der Veranstaltung an den gemachten Informationen etwas ändern, teile ich dies umgehend KiDS-22q11 e.V. mit.

Mit der elektronischen Erfassung meiner Daten und deren Verarbeitung bin ich einverstanden. Für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Veranstaltung dürfen meine Daten unter den Beteiligten ausgetauscht werden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Anspruch auf Auskunft der erhobenen Daten habe, dass ich der Speicherung der Daten widersprechen kann und diese daraufhin gelöscht werden.

Name: _____ Vorname: _____

Haftungsbeschränkung

Wir erlauben unserem Kind, in vom Veranstalter angemieteten und durch Betreuer oder andere beauftragte Personen gefahrenen Kleinbussen (9- oder 7-Sitzer) oder einem anderen privaten Fahrzeug auf eigene Gefahr mitzufahren und verzichten – außer in Fällen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit – gegenüber Fahrer, Besitzer und Halter des Kraftfahrzeuges auf Ersatz aller etwaigen Schäden, soweit diese nicht durch eine Versicherungsleistung auszugleichen sind.

Ist neben dem Fahrer, Besitzer oder Halter des Kfz ein Dritter schadenspflichtig, so beschränkt der Mitfahrer seine Schadensersatzforderung gegen den Dritten auf den Teilbetrag, der dem Maß der Mithaftung des Dritten entspricht. Bei Erhebung einer Nebenklage verzichten wir gegenüber Fahrer, Besitzer und Halter auf die Erstattung der Nebenklagekosten, soweit diese nicht durch eine Rechtsschutzversicherung zu übernehmen sind.

Ja

Nein

Uns ist bewusst, dass Ersatzansprüche gegen den Veranstalter der Maßnahme sowie gegen einzelne Betreuer für Schäden, die durch falsche oder unterlassene Angaben in dieser Erklärung entstanden sind, ausgeschlossen sind.

Teilnehmer: _____
Vorname Nachname

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift (Teilnehmer bzw. gesetzl. Vertreters)