

Fragebogen Begleitung



Datum:

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen für Ihr Kind deutlich und gewissenhaft auszufüllen. Diese Informationen sind erforderlich, um ein bestmögliches Gelingen der Begleitung garantieren zu können und auf die besonderen Bedürfnisse Ihres Kindes eingehen zu können.

Selbstverständlich werden diese Informationen vertraulich behandelt.

1. Allgemeine Auskünfte

Teilnehmer

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und Geburtsort: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Eltern

Vornamen: Vater: _____ Mutter: _____

Berufstätigkeit: _____ _____

Telefon: zu Hause: _____ _____

Telefon: auf der Arbeit: _____ _____

Handy: _____ _____

Im Notfall zu kontaktieren

1. Name: _____

Telefonnummer: _____

2. Name: _____

Telefonnummer: _____

2. Medizinische Auskünfte

Hausarzt: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Blutgruppe: _____ Rhesusfaktor: _____

Ihr Kind hat die Starrkrampfimpfung (Tetanus) erhalten: JA / NEIN

Datum der letzten Impfung?: _____

Diagnose, Form der Beeinträchtigung:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Körperbehinderung | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Sprach- oder Sprechschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Autismus |
| <input type="checkbox"/> Andere: ..T21.. | |

Das muss der Begleiter Ihres Kindes wissen! :

Gesundheitliche Besonderheiten

Hat Ihr Kind Probleme mit:

- Epilepsie (Fallsucht)?: JA / NEIN

Wenn JA, wie ist die Häufigkeit der Krisen? : _____

Wie deutet sich eine Krise an? : _____

Was muss man im Falle einer Krise tun? _____

- Allergien?: JA / NEIN

Welche? _____

Allergien auf Medikamente JA / NEIN

Welche? _____

- Diabetes?: JA / NEIN

Besondere Vorsichtsmaßnahmen: _____

- einer anderen Krankheit JA / NEIN

Welche? _____

- sensorischen Einschränkungen?: JA / NEIN

Ihr Kind sieht gut

Trage ich eine Brille? JA / NEIN

Bemerkungen: _____

Ihr Kind hört gut JA / NEIN

Bemerkungen: _____

Bedarf Ihr Kind medizinische Versorgung/Pflege? JA / NEIN

Welche? _____

Folgt Ihr Kind einer bestimmten Diät? JA / NEIN

Folgendes sollte beachtet werden: _____

Medikation:

Muss Ihr Kind Notfallmedikamente einnehmen? JA / NEIN

Wenn ja, welche?

In welcher Situation sind die Notfallmedikamente zu verabreichen?

Name und Dosierung des Notfallmedikamentes

Wo befindet sich das Notfallmedikament?

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen JA / NEIN

Bitte geben Sie genau an, welche Medikamente und in welcher Dosierung
Medikamente genommen werden müssen:

Uhrzeit Vor / nach dem Essen	Name des Medikaments	Dosierung

Die Medikamente müssen in einer vorproportionierten Dose sein, die mit dem Namen Ihres Kindes beschriftet ist!

UNTERSCHRIFT:

**Einverständniserklärung der Familie bezüglich der
Verabreichung von Medikamenten:**

Während der Begleitung vertraue ich meinen Sohn/ meine Tochter der Entscheidungsbefugnis und der Verantwortung der Mitarbeiter des Sommerlagers / des Kurzaufenthaltes an.

Falls während der Begleitung, der Gesundheitszustand meines Sohnes/ meiner Tochter eine dringende medizinische Entscheidung notwendig macht und wenn ich nicht selber kontaktiert werden kann, so überlasse ich es der Einschätzung des zuständigen Arztes oder Chirurgen, die Entscheidung zu treffen, die er für nützlich hält.

Meine Angaben im nötigen Fall

Name und Vorname:.....

Telefon:..... GSM:.....

Datum

Unterschrift

Schlafgewohnheiten

Nur ausfüllen wenn Übernachtungen geplant sind!!!

Normalerweise hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf: JA / NEIN

Wenn JA , von wann bis wann? _____

Folgendes sollte beachten werden: _____

Wie zeigt Ihr Kind, dass es müde ist? _____

Abends geht Ihr Kind gegen _____ Uhr schlafen.

Bevor Ihr Kind einschläft, benötigt es:

- ein Knuffeltuch, ein Plüschtier oder _____

- eine besondere Vorgehensweise (Ritual): _____

Sollte man ein Nachtlicht brennen lassen JA / NEIN

Sollte die Türe offen – geschlossen sein?

Die Gewohnheitsposition Ihres Kindes zum Schlafen ist:

Muss man Ihr Kind während der Nacht drehen? JA / NEIN

Wenn JA, wie sollte man vorgehen? _____

Man sollte Ihrem Kind eine Windel - für die Nacht anziehen JA / NEIN

- für den Mittagsschlaf anziehen JA / NEIN

Sollte Ihr Kind nicht einschlafen können, oder falls es nachts wach werde, sollte man _____

Der Schlaf Ihres Kindes ist: fest – normal – leicht

Geräusche / Lärm stört Ihr Kind – stört Ihr Kind nicht

Licht stört Ihr Kind – stört Ihr Kind nicht

Morgens wird mein Kind gegen _____ Uhr wach.

Folgendes sollte morgens beachtet werden: _____

Anziehen:

Ihr Kind kommt alleine zurecht – es braucht Hilfe

3. Verschiedenes

Wichtige Infos die der Begleiter Ihres Kindes wissen muss in Bezug auf:
Fortbewegung – Ernährung – Hygiene – Toilettengang – Kommunikation – Verhalten.

Gibt es wichtige Informationen bezüglich Transport? (Bus – Auto – Übelkeit - bestimmte Sitzposition - ...)

Wie beschäftigt sich Ihr Kind in Pausenzeiten – Wartezeiten – Leerläufe -?
Wie kann man Ihr Kind während dieser Zeit am besten unterstützen?

Ist es sinnvoll für Ihr Kind Auszeiten einzubauen?

Hat Ihr Kind bestimmte Ängste? Was ist Ihrem Kind unangenehm?

Kann Ihr Kind Fahrradfahren?

Alleine – auf einem Dreirad – pedalisieren ja, aber nicht das Gleichgewicht halten.

Kann Ihr Kind schwimmen? Gibt es beim Schwimmen etwas zu beachten?

Gibt es noch weitere Informationen, die für die bestmögliche Betreuung Ihres Kindes wichtig zu erwähnen sind?

Falls wir weitere Informationen benötigen sollten, melden wir uns telefonisch bei Ihnen.

Datum:

Unterschrift: