



Das **Gesundheitsdatenblatt** ermöglicht uns die Gewährleistung einer **qualitativ hochwertigen Betreuung, die Ihrem Kind** (seiner Gesundheit, seinem Rhythmus und seinen Bedürfnissen) **gerecht wird**, weshalb wir Sie bitten, es **sorgfältig** auszufüllen. Zögern Sie nicht, **ein zusätzliches Blatt** beizufügen oder uns zu **kontaktieren**. Dieses Datenblatt muss **innerhalb von 8 Tagen** nach der Anmeldung zurückgeschickt werden. Bitte halten Sie uns **über alle Änderungen** des Gesundheitszustands Ihres Kindes zwischen Anmeldung und Abreise/Beginn der Aktivität **auf dem Laufenden**.

### TEILNEHMER

- **Name:** ..... **Vorname:** ..... **geb. am:** ..... / ..... / .....
  - **Gewicht:** ..... **Größe:** ..... **Schuhgröße:** .....
  - **Biologisches Geschlecht (aus medizinischen Gründen):**  M  W  N
  - **Ort Aufenthalt/Animation:** .....
  - **Datum Aufenthalt/Animation:** vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / .....
- Während des Sommers bleibt das Gesundheitsdatenblatt für eine Anmeldung bei demselben Regionalverband zwischen dem 1. Juli und dem 31. August ab dem Datum der Unterzeichnung des Vordrucks gültig, es sei denn, es erfolgt eine anderslautende schriftliche Mitteilung von der Person, die für das Kind zuständig ist, entsprechend den in diesem Dokument genannten Bedingungen.*
- **Nationalregisternummer:** .....
- Die VoG Ocarina verarbeitet Ihre persönlichen Daten nach den Vorschriften der allgemeinen Datenschutzbestimmungen. Die Nationalregisternummer Ihres Kindes wird jedoch benötigt im Rahmen einer eventuellen gesundheitlichen Versorgung und/oder als Teil einer globalen Betreuung im Rahmen unserer Aktivitäten.*
- **Lebensumfeld des Kindes:** zu Hause - in einer Einrichtung - Andere: .....
  - Anschrift:** .....
  - **Name der für das Kind zuständigen Person:** ..... **Verwandtschaftsverhältnis:** .....
  - Anschrift:** .....
  - Telefon:** ..... **E-Mail:** .....
  - **Im Notfall zu kontaktieren** (wenn die für das Kind zuständige Person nicht erreichbar ist)
  - 1. Name:** ..... **Telefon:** ..... **Verwandtschaftsverhältnis:** .....
  - 2. Name des Hausarztes:** ..... **Ort:** ..... **Telefon:** .....

### > Erzählen Sie uns, wie das Leben Ihres Kindes aussieht

#### KOMMUNIKATION

- Ist Ihr Kind häufig mit anderen Kindern in Kontakt? (Geschwister, Einrichtung, Schule usw.) Bitte erläutern  
.....  
.....
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich auszudrücken?  Ja  Nein
- Macht es sich verständlich durch  
 Sätze  Zeichen  andere Mittel
- Verwendet es eine besondere Sprache? Wenn ja, welche?  
*Geben Sie uns eventuell eine Kopie der Vorlage der Methode, die es verwendet.*  
.....  
.....
- Hat Ihr Kind Verständnisprobleme?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind lesen?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind schreiben?  Ja  Nein
- Wie können wir uns mit Ihrem Kind verständigen?  
.....  
.....
- Bemerkungen:  
.....  
.....

## MOTORIK

- Kann Ihr Kind sich ohne Hilfe fortbewegen?  Ja  Nein  
Wenn nicht, verwendet es:  
 Gehstützen  Unterarmgehstützen  eine Gehhilfe mit Rädern?  
 einen (manuellen - elektrischen - dreirädrigen) Rollstuhl  
*Zutreffendes bitte umkreisen*
- Benötigt Ihr Kind ein anderes angepasstes Hilfsmittel (Prothese, Helm, Schiene, Sohle). Bitte genau beschreiben:  
.....  
.....  
.....
- Ist Ihr Kind  Linkshänder  Rechtshänder

- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, seine Hände zu benutzen?  Ja  Nein  
Bitte erläutern:  
.....  
.....
- Hat Ihr Kind Gleichgewichtsstörungen (häufige Stürze)?  Ja  Nein  
Bitte erläutern:  
.....  
.....
- Bemerkungen:  
.....  
.....

## MAHLZEITEN

- Isst Ihr Kind  
 eigenständig und völlig ohne Hilfe  
 mit der Hilfe einer anderen Person, die ihm  
 in jeder Hinsicht  oder teilweise helfen muss  
 eigenständig, muss sich aber das Fleisch schneiden lassen?  
 unter Zuhilfenahme eines besonderen Essbestecks? Wenn dies zutrifft, welche? Bitte erläutern:  
.....  
.....
- Isst Ihr Kind bestimmte Nahrungsmittel nicht?  Ja  Nein  
Welche: .....

- Muss Ihr Kind eine bestimmte Diät einhalten?  Ja  Nein  
Welche:  
.....  
.....
- Durchschnittliche Dauer der Hauptmahlzeit: .....
- Bemerkungen:  
.....  
.....

## HYGIENE UND KÖRPERPFLEGE

- Ist Ihr Kind beim Waschen  
 völlig eigenständig  
 auf eine leichte Hilfestellung angewiesen  
 gänzlich auf Hilfe angewiesen
- Ist Ihr Kind beim Anziehen  
 völlig eigenständig  
 auf eine leichte Hilfestellung angewiesen  
 gänzlich auf Hilfe angewiesen
- Trägt Ihr Kind Windeln?  
 Nie  
 Nachts  
 Während des Mittagsschlafs  
 Den ganzen Tag
- Bemerkungen:  
.....  
.....
- Weiß Ihr Kind selbst, wann es zur Toilette gehen muss?  
 Ja  Nein
- Muss Ihr Kind begleitet werden, wenn es zur Toilette geht?  
 Ja  Nein
- Leidet Ihr Kind häufig an Verstopfung?  
 Ja  Nein
- Leidet Ihr Kind häufig an Durchfall?  
 Ja  Nein  
Was machen Sie in diesem Fall? Bitte erläutern.....  
.....  
.....

## SCHLAF

- Wann geht Ihr Kind zu Bett? .....
- Um welche Uhrzeit steht Ihr Kind auf? .....
- Hat Ihr Kind bestimmte Gewohnheiten beim Einschlafen oder nachts?  
 Ja  Nein  
Welche? .....
- Braucht Ihr Kind einen Mittagsschlaf?  Ja  Nein
- Steht Ihr Kind nachts auf?  Ja  Nein
- Muss Ihr Kind im Laufe der Nacht geweckt werden?  Ja  Nein  
Wenn ja, weshalb? .....
- Muss Ihr Kind nachts überwacht werden?  Ja  Nein
- Leidet Ihr Kind unter Schlafstörungen?  
 Schlafwandeln  Alpträume  Andere
- Benötigt Ihr Kind ein besonders angepasstes Bett?  
.....
- Bemerkungen:  
.....

## VERHALTEN

- Neigt Ihr Kind dazu, wegzulaufen?  Ja  Nein
- Weiß Ihr Kind, wann Gefahr droht?  Ja  Nein
- Neigt Ihr Kind zu
  - Ängsten  Wutausbrüchen  Krisen
  - bestimmten anderen Verhaltensweisen: .....
- Wie lässt sich Ihr Kind beruhigen?
  - .....
  - .....
- Welche Vorkommnisse können dieses Verhalten auslösen?  
Wie ist am besten darauf zu reagieren?  
.....  
.....
- Ist Ihr Kind schnell müde?  Ja  Nein
- Hat es bestimmte Gewohnheiten/Rituale (Dinge, beruhigende Verhaltensweisen usw.)? .....

## FREIZEIT

- Welches sind die Lieblingsbeschäftigungen Ihres Kindes?  
.....  
.....
- Mag Ihr Kind bestimmte Sportarten nicht?  
.....  
.....
- Geht Ihr Kind gerne schwimmen?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind schwimmen?  Ja  Nein
- Kann Ihr Kind Rad fahren?  Ja  Nein
- Darf Ihr Kind reiten?  Ja  Nein  
Wenn ja, hat es bereits auf einem Pferd gesessen?  
 Nein  Gelegentlich  Es hat einen Reitkursus mitgemacht
- Bemerkungen :  
.....  
.....  
.....

**Die Jugendleiter verfügen über einen Erste-Hilfe-Koffer. Bei akuten Vorkommnissen oder bis dass der Arzt kommt, ermächtige ich die Jugendleiter, die folgenden Mittel sachgerecht zu verabreichen:** Paracetamol (gegen Fieber und Schmerzen), Loperamid (gegen Durchfall), Arnikaalbe (Beulen und Blutergrüsse), After Pick (Insektenstiche, Sonnenbrand), Cedium (Desinfizierung).

**Ich, der/die Unterzeichnende, erkläre mich damit einverstanden, dass die als notwendig erachtete Versorgung oder Behandlung während des Aufenthalts/der Ferienanimation meines Kindes durch den Leiter des Ferienzentrums oder den zugehörigen medizinischen Dienst vorgenommen wird. Ich ermächtige den Arzt vor Ort, Entscheidungen zu treffen, die er für dringend und notwendig hält, um die Gesundheit des Kindes sicherzustellen, auch wenn es sich um einen chirurgischen Eingriff handelt.**

Englische Übersetzung für Auslandsaufenthalte: *I hereby agree that, during the stay of my child, the responsible for the holiday centre or its medical service may take any required measure in order to provide adequate healthcare to my child. I also grant the local doctor the right to take any urgent and indispensable decision in order to ensure the health of my child, even in case of surgery.*

Wenn kein Notfall vorliegt und kein Transport mit dem Krankenwagen erforderlich ist, ermächtige ich die für den Aufenthalt verantwortliche Person, das Kind mit einem Privatfahrzeug zum Arzt oder Krankenhaus zu fahren oder fahren zu lassen.

Ich, der/die Unterzeichnende, stimme der Anmeldung des obengenannten Kindes unter den vorgeschriebenen Bedingungen zu. Die in diesem „Gesundheitsdatenblatt“ erteilten Gesundheitsinformationen sind als korrekt und vollständig zu betrachten. Ich verpflichte mich, jede Änderung des Gesundheitszustands des Kindes zwischen der Anmeldung und dem Beginn der Aktivität mitzuteilen und ein neues Gesundheitsdatenblatt an die VoG Ocarina zu senden, um diese Änderungen zu bestätigen. Ich übernehme die volle Verantwortung im Falle fehlerhafter, unvollständiger oder nicht übermittelter Informationen und bin mir bewusst, dass die VoG Ocarina und die Organisatoren jegliche Verantwortung im Falle der Nichtübermittlung oder Nichtaktualisierung der in diesem Vordruck enthaltenen Daten ablehnen.

Name des/der Unterzeichnenden: ..... Eigenschaft: (Eltern, gesetzlicher Vormund ...) .....

Unterschrift:

Datum: ...../...../.....

*Diese Daten werden für die tägliche Betreuung Ihres Kindes verwendet und sind den Ocarina-Mitarbeitern für den internen Gebrauch und, falls erforderlich, den aufgesuchten Gesundheitsdienstleistern vorbehalten. In Übereinstimmung mit dem Gesetz über die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie diese jederzeit einsehen und ändern. Diese Daten werden ein Jahr nach der letzten Aktivität vernichtet, wenn keine Akte eröffnet wird.*

Ocarina Eupen, Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht, deutschsprachige Regionalgruppe der nationalen Bewegung Ocarina, Unternehmensnummer 0449.509.480, Sitz: Klosterstraße 29, 4700 Eupen.



## ÄRZTLICHES AUSKUNFTSBLATT

## GEMEINSAM MIT DEM HAUSARZT AUSZUFÜLLEN

- Hat Ihr Kind eine  
 körperliche Behinderung  geistige Behinderung  
Wie lautet die genaue Diagnose der Behinderung Ihres Kindes?  
.....  
.....
- Braucht es medizinische Betreuung (Katheter, medizinische Vorrichtungen usw.)? Wenn ja, beschreiben Sie die Art und Häufigkeit:  
.....  
.....
- Leidet Ihr Kind unter  
 Epilepsie ?  
Wie oft treten die Krisen auf? .....  
Wann hatte Ihr Kind seine letzte Krise? .....  
Bitte erläutern Sie auf einem Einlegeblatt, welches Verhalten bei einem epileptischen Anfall angezeigt ist.  
 Diabetes ?  Herzproblemen ?  
 Asthma?  einer anderen Krankheit ?
- Sind bestimmte Tätigkeiten aus ärztlicher Sicht zu vermeiden?  
Wenn ja, welche? .....

- Ist Ihr Kind gegen Tetanus geimpft?  Ja  Nein  
Wann hat Ihr Kind die letzte Nachimpfung erhalten? .....
- Leidet Ihr Kind unter Allergien?  Ja  Nein  
Wenn ja, unter welcher? .....
- Leidet Ihr Kind unter einer Sehschwäche?  Ja  Nein
- Trägt Ihr Kind eine Brille?  Ja  Nein
- Leidet Ihr Kind unter einer Hörschwäche?  Ja  Nein
- Trägt Ihr Kind ein Hörgerät?  Ja  Nein
- Leidet Ihr Kind unter einer anderen sensorischen Schwierigkeit?  
.....
- Bemerkungen :  
.....  
.....
- Welches sind .....  
die Körpergröße: ..... das Körpergewicht : .....  
die Schuhgröße Ihres Kindes: .....

## ÄRZTLICHE VERORDNUNG

- Ich, der/die Unterzeichnende ..... Dr. med., bestätige hiermit, dass ..... während des von Ocarina organisierten Aufenthalts/der Ferienanimation (Unzutreffendes bitte streichen) vom .... / .... / 20... bis .... / .... / 20... in ..... (Ort) , mit dem Jugenddienst der Christlichen Krankenkasse die hier unten aufgeführten Arzneimittel einnehmen muss.

- **Name des Arzneimittels :** .....  
Wirkstoff: .....  
Verabreichungsform: ..... Dosierung: .....  
Häufigkeit/Zeiten der Einnahme: .....  
Dauer der Behandlung: .....  
Eventuelle Nebenwirkungen: .....

- **Name des Arzneimittels :** .....  
Wirkstoff: .....  
Verabreichungsform: ..... Dosierung: .....  
Häufigkeit/Zeiten der Einnahme: .....  
Dauer der Behandlung: .....  
Eventuelle Nebenwirkungen: .....

- Benötigt das Kind besondere Arzneimittel unter ganz bestimmten Umständen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welches sind diese Umstände? .....

- **Name des Arzneimittels :** .....  
Wirkstoff: .....  
Verabreichungsform: ..... Dosierung: .....  
Häufigkeit/Zeiten der Einnahme: .....  
Dauer der Behandlung: .....  
Eventuelle Nebenwirkungen: .....

- Reagiert das Kind allergisch auf bestimmte Arzneimittel?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? (Genaue Bezeichnung) .....
- Name und Anschrift des Krankenpflegedienstes, der das Kind betreut: .....
- Ergänzende Hinweise: .....

Bitte sorgen Sie dafür, dass ausreichend Arzneimittel für die gesamte Dauer des Aufenthalts vorhanden sind, und dass der Verantwortliche des Aufenthalts diese vor der Abreise erhält. **Jede Änderung der hier beschriebenen Behandlung muss unbedingt von einem Arzt bestätigt werden.**

Ich, der/die Unterzeichnende, Dr. med. ...., Hausarzt/Hausärztin des obengenannten Kindes, erkläre hiermit, diese Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben und versichere, dass meine Auskünfte richtig und vollständig sind

**Telefonnummer :** .....

**Ausgestellt zu** ..... den .... / ..... / 20.....

**Stempel des Arztes (unbedingt erforderlich)**

**Unterschrift**

Die medizinische Versorgung, die während einer Aktivität mit Ocarina erforderlich wird, übernehmen wir gemäß den allgemeinen Bestimmungen. Wir kommen jedoch nicht für Kosten wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands auf, der auf einen Unfall vor dem Aufenthalt zurückgeht. **Für laufende medizinische Behandlungen** muss der Teilnehmer die erforderlichen Arzneimittel für die gesamte Dauer des Aufenthalts/der Spielanimation bei sich tragen. Auf Wunsch können Sie dem Verantwortlichen die Arzneimittel mit allen zweckdienlichen und erforderlichen Anleitungen anvertrauen. **Bitte legen Sie unbedingt eine ärztliche Bescheinigung bei.**