



1. Einleitung

Lieber Teilnehmer*in, liebe Eltern,

wir freuen uns schon auf eine schöne gemeinsame Zeit. Damit es losgehen kann, möchten wir dich und/oder deine Eltern bitten, euch eine viertel bis halbe Stunde Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. Das ist insofern wichtig, falls es dir mal nicht gut geht oder wir dir sonst irgendwie helfen müssen oder du einen Arzt brauchst. Dann finden wir alle wichtigen Informationen hier in diesem Fragebogen. Außerdem möchten wir auch wissen, ob du z.B. Vegetarier bist oder gegen bestimmte Sachen eine Allergie hast.

2. Datenschutzerklärung

Dieser Fragebogen wird vertraulich gehandhabt. Die Informationen und persönliche Daten dieses Fragebogens werden nur zur Durchführung der Freizeitmaßnahme verwendet. Zugang zu den Informationen hat ausschließlich das Betreuungsteam.

3. Einverständniserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich sämtliche Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Für eventuelle Schäden, die aus unvollständigen oder falschen Angaben resultieren, kann der Veranstalter nicht haftbar gemacht werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

4. Allgemeine Angaben:

Teilnehmer*in

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Email-Adresse: _____

Telefon: _____ (Tagsüber)

Versicherungsnummer:

Krankenkasse + Versicherungsnummer:

Hausarzt:

Name: _____

Telefon: _____

Im Notfall zu benachrichtigen: (Bitte mindestens einen Erziehungsberechtigten/Betreuer/Angehörigen angeben)





5. Lebensmittel

Der/die Teilnehmer*in darf folgende Lebens- und Genussmittel **nicht** zu sich nehmen:

Kaffee/Schwarztee

Zucker

Nüsse

Cola

Scharfe Gewürze

Zitrusfrüchte

Weiteres/Einschränkungen bitte ausführen:



Der Teilnehmer isst: kein Fleisch

keine Eier

keine Milchprodukte

kein Schweinefleisch

Weitere Anmerkungen zur Ernährung:




6. Allergien


Der/die Teilnehmer*in hat Allergien gegen folgende Stoffe:

- Nüsse Insektenstiche Latex Pollen
 Zitrusfrüchte Tierhaare Lebensmittelfarben Antibiotika

Weiter Stoffe: (insbesondere Medikamente mit Allgemeinnamen)

 _____

Besondere Verhaltensweisen/Medikamente im Allergiefall:

 _____

Der Teilnehmer reagiert besonders empfindlich auf:


- Sonne starken Wind Kälte

7. Mobilität

Der/die Teilnehmer*in ist folgendermaßen mobil:

- keinerlei Mobilitätseinschränkungen leichte Mobilitätseinschränkungen benötigt Gehhilfe
 benötigt Rollstuhl auf längeren Strecken benötigt Rollstuhl dauernd benötigt Elektrorollstuhl

Der Teilnehmer bringt folgende Mobilitätshilfsmittel mit:

 _____

Der/die Teilnehmer*in kann folgende Strecken/Hindernisse bei optimalen Wegverhältnissen alleine bewältigen: (Bitte Ankreuzen)

	zu Fuß	mit Hilfsmittel	im Rollstuhl
Weite Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurze Strecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bergab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Teilnehmer kann sich in einer Stadt oder im Gelände eher

- sehr gut orientieren orientieren schlecht orientieren

8. Medikamente/Dosierung

Medikamenteneinnahme

Der/die Teilnehmer*in

- nimmt Medikamente selbständig muss an Einnahme erinnert werden Medikament muss verabreicht werden

Der Teilnehmer muss regelmäßig folgende Medikament (Notfallmedikamente siehe unten) nehmen:

Name des Medikaments	Art der Verabreichung	Dosis Morgens	Dosis Mittags	Sonstiges




9. Behinderungen/Einschränkungen des Teilnehmers und Hilfeleistungen

Der/die Teilnehmer*in ist körperlich behindert geistig behindert

Der/die Teilnehmer*in besitzt einen Behindertenausweis Nein Ja: _____% mit Kennzeichen: _____

Der/die Teilnehmer*in hat eine Pflegestufe Nein Stufe 1 Stufe 2 Stufe 3



Bitte nennen Sie möglichst genau Art und Name, sowie Schwere der Behinderung. Wenn der/die Teilnehmer*in nicht als behindert eingestuft ist, geben sie bitte Auskunft über mögliche Einschränkungen:

 _____
 _____
 _____



Der Teilnehmer benötigt Hilfeleistungen bei folgenden Verrichtungen:

Anziehen/Ausziehen Toilettengang Essen

Sonstige Hilfestellungen:

 _____
 _____

Folgende Hilfsmittel werden zusätzlich benötigt:

 _____
 _____

10. Krankheiten

Der/die Teilnehmer*in leidet nicht an einer Krankheit die im Bundesseuchengesetz aufgeführt ist

Der/die Teilnehmer*in hat chronische Erkrankungen:


 _____

Der/die Teilnehmer*in hat eine ansteckende Krankheit, die unter bestimmten Umständen übertragen werden kann:

 _____

Der/die Teilnehmer*in hat epileptische Anfälle. Der Teilnehmer kann epileptische Anfälle bekommen

Notfallmedikamente vorhanden:

 _____

Gibt es Vorsymptome für Anfälle:


 _____

Folgende weitere Krankheiten und/oder Notfallmedikamente:

 _____

 _____

Hat der/die Teilnehmer*in bestimmte psychische Auffälligkeiten? (aggressives oder depressives Verhalten, Bettnässen, Weglaufen, Desorientiertheit):

 _____

Müssen wir etwas beim Umgang mit dem Teilnehmer besonders beachten?

Weiteres: (Wenn nicht ausreichend Platz vorhanden, bitte weiter auf extra Blatt)

Vielen Dank, dass ihr euch die Zeit genommen habt unsere Fragen zu beantworten!