



35 Jahre KinderSommer KiSo 2024



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Eltern, Angehörige und Betreuende,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer integrativen Ferienfreizeit
KinderSommer (KiSo).

Ab sofort nehmen wir Anmeldungen für den KinderSommer im Jubiläumsjahr 2024
entgegen.

Der KiSo findet für **beide Durchgänge** im KIEZ Arendsee statt. Hier die Termine für
2024:

Durchgang 1: Sonntag, 30.06.2024 – Freitag, 12.07.2024
Durchgang 2: Sonntag, 14.07.2024 – Freitag, 26.07.2024

Reisepreis jeweils 449,00 €

Auch Schnupperwochen sind möglich, in Ausnahmefällen auch in Kombination –
sprechen Sie uns dazu gern an. Folgende Schnupperwochen werden angeboten:

Schnupperwoche 1: Sonntag, 30.06.2024 – Samstag, 06.07.2024
Schnupperwoche 2: Samstag, 06.07.2024 – Freitag, 12.07.2024
Schnupperwoche 3: Sonntag, 14.07.2024 – Samstag, 20.07.2024
Schnupperwoche 4: Samstag, 20.07.2024 – Freitag, 26.07.2024

Reisepreis jeweils 225,00 €

Anliegend finden Sie die Anmeldeunterlagen. Bitte füllen Sie diese gewissenhaft und
gut lesbar aus und senden Sie diese an uns zurück – gern per Post oder E-Mail.
Unsere Kontaktdaten:

DRK Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.
Betriebsteil Freiwilligendienste
Herrenstraße 20
06108 Halle (Saale)
E-Mail: kindersommer@sachsen-anhalt.drk.de
Telefon: Mo und Mi 13.00 – 15.00 Uhr und Fr 10.00 – 12.00 Uhr
0391 610 689-41
0345 279 5325-60
0345 279 5325-41

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich im
Zusammenhang mit dem KiSo 2024 genutzt.

Bei Fragen nehmen Sie gern zu obenstehenden Zeiten Kontakt mit uns auf – wir
freuen uns auf einen erlebnisreichen Kindersommer im 35. Jubiläumsjahr!

Mit freundlichen Grüßen

Katja Fischer

Stellvertreterin des Landesgeschäftsführers
DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.



Anmeldung

Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Anschrift: _____

Bitte fügen Sie
hier ein Bild ein

(Muss kein Passfoto
sein)

Angaben zu den Personensorgeberechtigten bzw. sonstigen Bezugspersonen

Person 1 – Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zum Kind: Elternteil Vormund Angehörige
 Mitarbeiter:in Wohneinrichtung sonstiges _____

Person 2 – Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zum Kind: Elternteil Vormund Angehörige
 Mitarbeiter:in Wohneinrichtung sonstiges _____

Verbindliche Buchung

Hiermit melden wir o. g. Kind verbindlich zur Ferienfreizeit KinderSommer 2024 in Arendsee an.

Reisezeitraum (bitte ankreuzen)	Preis
<input type="checkbox"/> Durchgang 1: Sonntag, 30.06.2024 – Freitag, 12.07.2024	449,00 €
<input type="checkbox"/> Durchgang 2: Sonntag, 14.07.2024 – Freitag, 26.07.2024	449,00 €
<input type="checkbox"/> Schnupperwoche 1: Sonntag, 30.06.2024 – Samstag, 06.07.2024	225,00 €
<input type="checkbox"/> Schnupperwoche 2: Samstag, 06.07.2024 – Freitag, 12.07.2024	225,00 €
<input type="checkbox"/> Schnupperwoche 3: Sonntag, 14.07.2024 – Samstag, 20.07.2024	225,00 €
<input type="checkbox"/> Schnupperwoche 4: Samstag, 20.07.2024 – Freitag, 26.07.2024	225,00 €

(Für individuelle Kombinationen der Schnupperwochen halten Sie bitte im Vorfeld der Anmeldung mit uns Rücksprache!)

Enthaltene Leistungen:

- Übernachtung in 2- bis 4-Bettzimmern
- Vollverpflegung
- Rund-um-die-Uhr Getränkeversorgung
- Bettwäsche
- speziell geschultes Betreuer:innen-Team
- hoher Betreuungsschlüssel (1:4)
- Pflegefachkraft vor Ort
- Erste Hilfe und Pflege rund um die Uhr
- Eltern-Café und „Sprechstunde“ am Anreisetag
- Taschengeldservice
- abwechslungsreiches Programm
- Kreativ-Workshops, Bastel- und Spielangebote
- Sportangebote
- Ausflüge in der Umgebung
- Vor Ort stehen Fahrzeuge zur Verfügung.

Sie übergeben uns mit Ihrer Unterschrift die **Aufsichtspflicht** für das Kind im gewählten Zeitraum. Sie bestätigen außerdem die Kenntnisnahme und Akzeptanz der Reisebedingungen, der beigefügten Hinweise sowie die Richtigkeit der Angaben in den Unterlagen.

Unterschrift des Personensorgeberechtigten zum Einverständnis und zur Bestätigung der Teilnahme des o. g. Kindes am KinderSommer (verbindliche Anmeldung):

.....
Ort Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Wichtige Informationen zur Anmeldung/Buchung

Anmeldebestätigung

Die verbindliche Buchung kommt erst mit Erhalt der schriftlichen Anmeldebestätigung für das o. g. Kind durch den DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. zustande. Diese Anmeldebestätigung inklusive Informationen zu den Zahlungsmodalitäten erhalten Sie im Frühjahr 2024.

Rücktritt

Der/Die Teilnehmende kann jederzeit vor Reisebeginn von der Reise zurücktreten. Der Rücktritt muss schriftlich erfolgen. In diesem Fall sowie bei Nichtantritt der Reise verliert der DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. als Veranstalter den Anspruch auf den Reisepreis. Stattdessen kann der DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V., soweit der Rücktritt nicht durch den Veranstalter zu vertreten ist oder ein Fall höherer Gewalt vorliegt, eine angemessene Entschädigung verlangen. Der Entschädigungsanspruch ist zeitlich gestaffelt und wird wie folgt berechnet:

- bis 30 Tage vor Reisebeginn 50 %,
- bis 15 Tage vor Reisebeginn 75 %,
- ab 14 Tage vor Reisebeginn 100 %.

Dem/der Teilnehmenden bleibt es in jedem Fall unbenommen, gegenüber dem DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. nachzuweisen, dass überhaupt kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, als die vom Veranstalter geforderte Pauschale.

Infos für Teilnehmende mit Bedarf an Behandlungspflege

Die medizinisch-pflegerische Versorgung im KinderSommer wird von einem professionellen Pflegedienst abgesichert. Sollte Ihr Kind Behandlungspflege nach SGB V benötigen (z. B. Medikamentengabe, Insulingabe, Katheterwechsel o. ä.), lassen Sie sich bitte von ihrem zuständigen Haus- oder Kinderarzt eine „Verordnung über häusliche Krankenpflege“ geben und senden uns diese im Vorfeld zu. Die Verordnung wird benötigt, damit die Leistungen der Behandlungspflege ordnungsgemäß mit der Krankenkasse abgerechnet werden können.

Bei Fragen zu diesem Thema nehmen Sie gern Kontakt mit uns auf.

Infos zum/zur Teilnehmenden

1. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

2. An- und Abreise

Das Kind reist später an: am: _____ um: _____ Uhr

Das Kind reist früher ab: am: _____ um: _____ Uhr

3. Beeinträchtigungen

keine ja, folgende: _____
(genaue Bezeichnung/Diagnose)

körperliche Behinderung geistige Behinderung

seelische Behinderung Verhaltensauffälligkeiten

mehrfache Behinderung

sonstiges _____

Hat das Kind einen **Pflegegrad**?

nein ja, folgenden: _____

Hat das Kind einen **Schwerbehindertenausweis**/Grad der Behinderung (GdB)?

nein ja, folgenden GdB: _____ Merkzeichen: _____

Benötigt das Kind **Behandlungspflege** (z. B. Medikamentengabe, Kathetern)?

nein ja, und zwar: _____

4. Hilfsmittel

keine ja, folgende:

Brille Hörgeräte Zahnsperre (feststehend/lose)

mechanischer Rollstuhl elektrischer Rollstuhl

Orthesen Korsett orthopädisches Schuhwerk

Helm Duschstuhl

sonstiges _____

5. Medizinische Infos

Hat der/die Teilnehmende ärztlich bestätigte **Allergien**?

- nein ja, folgende: _____
 Symptome: _____

Nimmt der/die Teilnehmende **regelmäßig** ärztlich verordnete **Medikamente**?

- nein ja, folgende: _____

Benötigt der/die Teilnehmende **Bedarfsmedikamente**?

- nein ja, folgende: _____

Hinweis: Bitte bringen Sie zur Anreise einen aktuellen **Medikamentenplan** mit!

Besteht bei dem/der Teilnehmenden eine bekannte **Reiseübelkeit**?

- nein ja unbekannt

6. Ernährung

Der/die Teilnehmende ernährt sich

- vegetarisch vegan ohne Produkte vom Schwein

Hat der/die Teilnehmende **Intoleranzen** oder Allergien gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln?

- nein ja, folgende: _____
 Symptome: _____

Sonstige Ernährungsbesonderheiten: _____

7. Sonstige Bedarfe

Benötigt der/die Teilnehmende **Unterstützung** in Angelegenheiten des täglichen Lebens (an- und auskleiden, Körperhygiene, Mobilität, Ernährung, Sicherheit)?

- nein ja (falls ja, senden wir Ihnen umgehend unseren **Pflegebogen** zur Erfassung dieser individuellen Unterstützungsbedarfe zu)

8. Weitere wichtige Infos

Hier ist Platz für weitere wichtige Angaben (z. B. Wunsch, mit Freund:innen in einer Gruppe/einem Zimmer zu sein):

Einverständniserklärung

1. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____ Vorname: _____

2. Erlaubnis für Aktivitäten in der Freizeit

Ich erlaube dem/der Teilnehmenden an dafür vorgesehenen Stellen unter Aufsicht:

zu baden. ja nein zu reiten. ja nein

Kanu/Boot zu fahren. ja nein zu klettern. ja nein

Der/Die Teilnehmende kann schwimmen. ja nein

Schwimmabzeichen Seepferdchen Bronze Silber Gold
(bitte Nachweis in Kopie zur Anreise mitbringen)

Der/Die Teilnehmende kann unbegrenzt Sport treiben. ja nein

Falls nein, Einschränkung beschreiben: _____

3. Entfernungserlaubnis

Ich bin damit einverstanden, dass der/die Teilnehmende

- ohne Beaufsichtigung durch die Betreuer:innen
- zusammen mit mindestens zwei weiteren Teilnehmenden
- nach Absprache mit den Betreuer:innen über den zeitlichen Umfang und den Aufenthaltsort/das Ziel

die Gruppe bzw. das Gelände der Unterkunft verlassen darf (z. B. bei Ausflügen).

ja nein

4. Taschengeldverwaltung

Die Verwaltung des Taschengeldes des/der Teilnehmenden durch Betreuer:innen ist

erwünscht nicht erwünscht

5. Fotoerlaubnis

Fotos, auf denen der/die Teilnehmende zu sehen ist, dürfen veröffentlicht werden.

ja nein

6. Medizinische Erlaubnis im Notfall

Im Bedarfsfall darf (zahn-)medizinisch-weiterführende Diagnostik (Röntgen, Blutentnahme etc.) durchgeführt werden.

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

.....
Ort

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Wichtige Hinweise

1. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____ Vorname: _____

2. Ferienfreizeittauglichkeit

Alle Teilnehmenden einer Ferienfreizeit unterziehen sich am Heimatort einer ärztlichen Untersuchung. Den dafür erforderlichen **Arztbogen** erhalten Sie mit der Buchungsbestätigung.

Bei Erkrankungen und Unfällen ist eine ärztliche Betreuung am Ferienort jederzeit gewährleistet. Die Mitnahme der **Versichertenkarte** (Chipkarte der Krankenkasse) und des **Impfausweises** ist unbedingt erforderlich.

Außerdem informieren wir darüber, dass am Anreisetag eine Kontrolle auf **Kopflausbefall** durchgeführt wird. Wir dürfen nur Teilnehmende übernehmen, die frei von Kopflausbefall sind. Teilnehmende, bei denen eine Verlausung (auch Nissen) festgestellt wird, werden gemäß dem „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten“ unverzüglich den Personensorgeberechtigten übergeben. Um hier den teilnehmenden Kindern eine Enttäuschung zu ersparen, bitten wir Sie, vor Beginn der Ferienfreizeit zu Hause eine Eigenkontrolle vorzunehmen und ggf. zu reagieren.

3. Medikamente und Hilfsmittel

Teilnehmende, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen oder Bedarfsmedikamente benötigen, müssen eine ausreichende Menge des Präparates mitbringen. Bitte legen Sie dazu am Anreisetag einen aktuellen **Medikamentenplan** des Kinder- oder Hausarztes vor.

Notwendige **Hilfsmittel** (z. B. Vorlagen, Windeln) sind in ausreichender Menge mitzubringen oder werden Ihnen falls nötig zusätzlich in Rechnung gestellt. Brillenträger:innen wird die Mitnahme einer Ersatzbrille mit Angabe der Glasstärke empfohlen. Für Rollstühle empfiehlt sich die Mitnahme von Werkzeug, das für kleinere Reparaturen notwendig ist (bei E-Rollstühlen Ladegerät nicht vergessen).

Denken Sie bei Kindern, die an Reisekrankheit leiden, unbedingt an die Mitgabe von **Reisetabletten** bzw. Reisekaugummi für Ausflüge vor Ort.

4. Sachverzeichnis und Gepäck

Wir bitten Sie, die **Kleidungsstücke** oder Gegenstände des/der Teilnehmenden namentlich zu **kennzeichnen** und im Sachverzeichnis zu vermerken. Das entsprechende Formular „Sachverzeichnis“ liegt der schriftlichen Buchungsbestätigung bei, die wir zu einem späteren Zeitpunkt versenden. Die Mitgabe von ausreichender Bekleidung für täglichen Wäschewechsel ist erforderlich. Zu Hause bleiben sollten z. B. gute, wertvolle Kleidung, wertvoller Schmuck und teure Elektrogeräte. Verboten sind: Messer, andere Waffen, sonstige gefährliche Gegenstände sowie jugendgefährdende Medien.



Aus organisatorischen Gründen sollte jede:r Teilnehmende nur einen Koffer und einen Rucksack als Gepäck mitnehmen. Jedes Gepäckstück muss mit einem Namensaufkleber versehen werden.

5. Taschengeld

Alle wesentlichen Dinge rund um die Ferienfreizeit sind durch den Teilnahmebeitrag abgedeckt (z. B. Eintrittsgelder etc.). Das Taschengeld ist dafür gedacht, dass die Teilnehmenden sich z. B. auf Ausflügen ein Eis kaufen oder sich eine Kleinigkeit bei Shoppingmöglichkeiten besorgen können. Deshalb empfehlen wir eine **Taschengeldhöhe** von 30,00 Euro. Wenn das Taschengeld von den Betreuer:innen oder Betreuern in Form unserer „**Ferienbank**“ verwaltet werden soll, bitten wir Sie, dieses in möglichst kleinen Scheinen oder in Münzen mitzugeben.

6. Kontakt während der Ferienfreizeit

Persönliche Besuche können den Verlauf der Freizeit stören und sollten nur nach Rücksprache mit der Ferienleitung erfolgen. Bei Besuchen durch Dritte benötigen wir Ihre schriftliche Erlaubnis. Gern können die Teilnehmenden **Post** von zu Hause erhalten. Bitte nutzen Sie dafür folgende Anschrift:

KIEZ Arendsee Ferienfreizeit KinderSommer Name des/der Teilnehmenden Am Lindenpark 4-7 39619 Arendsee

7. Versicherung und Haftung

Die Teilnehmenden an einer Ferienfreizeit des Deutschen Roten Kreuzes sind für die Dauer ihres Aufenthaltes über das DRK **unfall- und haftpflichtversichert**. Dennoch empfehlen wir, falls nicht vorhanden, den Abschluss einer privaten Haftpflichtversicherung.

Für **Schäden**, die während der Freizeit verursacht werden, haften der/die Teilnehmende bzw. die Personensorgeberechtigte(n). Für abhanden gekommene Gegenstände, insbesondere Wertgegenstände und Kleidungsstücke, wird keine Haftung übernommen.

8. Abbruch der Teilnahme/vorzeitige Heimreise

Sollte eine Krankheit am Ferienort nicht entsprechend behandelt und der/die Teilnehmende nicht ausreichend versorgt werden können oder treten unlösbare pädagogische Schwierigkeiten auf (Verhaltensweisen, die andere Teilnehmende gefährden oder die Ferienfreizeit undurchführbar machen), ist unter Umständen eine **vorzeitige Abreise** des/der Teilnehmenden erforderlich. Diese kann nicht dem Veranstalter angelastet werden. Der/Die Teilnehmende ist von der/dem Personensorgeberechtigte(n) oder einer bevollmächtigten Person abzuholen. Eine Erstattung des Teilnahmebeitrages erfolgt nicht.



9. Transport während der Ferienfreizeit

Während der Ferienfreizeit werden vor Ort **Kleinbusse** und PKWs zur Verfügung stehen. Diese werden nur von vorher bestimmten und festgelegten Personen geführt. Im Bedarfsfall sind einfache Sitzerrhöhungen vorhanden. Die Erlaubnis zum Transport der/des Teilnehmenden während der Ferienfreizeit wird von Ihnen mit der schriftlichen Anmeldung erteilt.

10. Einteilung der Gruppen und Zimmerbelegung

Die Einteilung der Gruppen und Zimmer wird von der Ferienleitung vorgenommen. Dabei wird auf die Bedürfnisse aller Teilnehmenden geachtet und auch versucht, auf individuelle Wünsche einzugehen. Die **Zimmerbelegung** erfolgt grundsätzlich **nach Geschlechtern getrennt**.

Wünsche hierzu können Sie uns gern auf Seite 5 der Anmeldeunterlagen mitteilen.

11. Sonstiges

Wird Ihr Kind bei der **Abreise** von einer anderen Person als Ihnen abgeholt, so geben Sie dieser bitte eine schriftliche **Vollmacht** mit oder hinterlegen Sie diese am Anreisetag bei der Ferienleitung.

Wir achten auf die Einhaltung des **Jugendschutzgesetzes**. Deshalb sind das Rauchen und der Genuss von Alkohol für alle Teilnehmenden grundsätzlich untersagt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

.....

Ort

Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Pflegebogen für Teilnehmende mit Unterstützungsbedarf

Infos für Teilnehmende mit Pflegegrad

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 2) ergibt sich aufgrund des erhöhten Betreuungsaufwandes **eine zusätzliche Tagespauschale von 70,00 Euro**. Diese kann entweder über die **Verhinderungspflege** oder über die **Entlastungsleistungen** refinanziert werden. Beides ist durch Sie bei der Pflegekasse zu beantragen und wird Ihnen von uns separat in Rechnung gestellt. **Bitte beachten: Die Beantragung muss nach Anmeldung Ihres Kindes** bei uns **zeitnah durch Sie erfolgen**. Wir beraten Sie dazu gern und finden die passende Lösung für Ihre individuelle Situation.

Infos für

1. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

Vorname: _____

2. Angaben zum Unterstützungsbedarf

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Bekleidung**.

nein ja, und zwar bei: _____

Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

Er/sie führt täglich selbstständig Wäschewechsel durch. nein ja

Er/sie erkennt die eigene Kleidung. nein ja

Er/sie wählt Kleidung selbst aus. nein ja

Hinweis: Bitte beschriften bzw. kennzeichnen Sie die Kleidung (z. B. Namenskürzel!)

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ernährung**.

nein ja, und zwar...

Hilfe beim Essen: _____

Hilfe beim Trinken: _____

Hilfsmittel: _____



Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Körperpflege**.

nein ja, bei(m) ...

Duschen	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Teilwäsche (Hände, Gesicht...)	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Zähneputzen	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme

und zwar:

_____ (hier Bedarf beschreiben, z. B. Haare kämmen, Monatshygiene, eincremen etc.)

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ausscheiden**.

nein ja, und zwar beim...

Toilettengang	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
----------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------

Hilfsmittel: _____

Er/sie neigt zu **Verstopfung**. nein ja

Falls ja: Welche Maßnahmen helfen? _____

Er/sie verwendet **Inkontinenzmaterialien**. nein ja

Falls ja: dauerhaft auf langen Fahrten nachts

Er/sie nutzt ein **Kathetersystem**. nein ja

Falls ja: selbstständig mit Unterstützung // Häufigkeit: _____

Er/sie **nässt nachts ein**. nein ja

Er/sie hat **feste Zeiten** für den Toilettengang. nein ja

Falls ja: Wann? _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ruhen und schlafen**.

nein ja, und zwar...

Er/sie benötigt nachts besondere **Betreuung**. nein ja

Falls ja: Welche? _____



Er/sie benötigt nachts spezielle **Lagerungsmaßnahmen** und/oder Nachtschienen.

nein ja

Falls ja: Welche? _____

Er/sie hat **Schlafstörungen**.

nein ja

Falls ja: Wie äußern sich diese? _____

Er/sie hat **Einschlafrituale**.

nein ja

Falls ja: Welche? _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Mobilität**.

nein ja, und zwar bei: _____

Für mobilitätseingeschränkte Teilnehmende mit Rollstuhl:

Er/sie kann kurze Strecken ohne Rollstuhl bewältigen. nein ja

Er/sie kann den Rollstuhl selbst verlassen (Transfer). nein ja

Er/sie kann außerhalb des Rollstuhls frei sitzen. nein ja

Er/sie kann in Bus oder PKW frei sitzen. nein ja

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Sicherheit**.

nein ja, und zwar ...

Er/sie hat ein **Anfallsleiden** (Epilepsie o. ä.). nein ja

Falls ja: Notfallmedikament? _____

Er/sie hat **Wutausbrüche** (ADHS o. ä.). nein ja

Falls ja: Wie äußert sich dies? _____

Mögliche Auslöser _____

Gegenmaßnahmen _____

Er/sie ist räumlich und zeitlich **orientiert**. nein ja

Er/sie ist **sensibel** (z. B. Lautstärke, viele Menschen). nein ja

Falls ja: Wie äußert sich dies? _____

Gegenmaßnahmen _____



3. Platz für weitere wichtige Informationen

Allgemeines

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Krankenkasse: _____

Mein Kind ist versichert über (Mutter/Vater) _____

Allgemeine medizinische Daten (vom behandelnden Kinderarzt bzw. Hausarzt auszufüllen)

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Die Impfungen sind entsprechend dem Alter vollständig: ja nein

Wenn nicht, welche Impfungen fehlen? _____

Überstandene Infektionskrankheiten:

Varizellen Pertussis Röteln Masern Mumps Scharlach

Sonstige wichtige überwundene Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, die für uns als Veranstalter von Interesse sein könnten: _____

Chronische bzw. immer wiederkehrend auftretende Erkrankungen, die für uns als Veranstalter von Interesse sein könnten: _____

War das Kind in den letzten sechs Monaten ernsthaft erkrankt? nein ja, welche

Beeinträchtigungen: Liegen bei dem Kind Beeinträchtigungen vor?

nein ja, welche, körperlich geistig mehrfache verhaltensauffällig AD(H)S

seelisch beeinträchtigt, wenn ja, wie lautet die Diagnose: _____

Sind während der Ferienfreizeit behandlungspflegerische Maßnahmen nach SGB V zu erbringen?
(Medikamentengabe, Verbände, Einreibungen, Injektionen, etc.) nein ja, welche

WICHTIG: Sollten behandlungspflegerische Maßnahmen nach SGB V durch Mitarbeiter_innen unseres ambulanten Pflegedienstes vor Ort erbracht werden müssen, bitten wir um die Übergabe einer entsprechenden Verordnung HKP bei Anreise. Hier gilt es insbesondere, das Datum der Ausstellung zu berücksichtigen. Sollte die entsprechende Verordnung nicht zum Anreisetag vorliegen, müssen wir den entstandenen Fehlbetrag den Personalfürsorgeberechtigten in Rechnung stellen.

Medikamenteneinnahme:

Muss das Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?

nein ja, welche (Präparat, Dosierung; auch Bedarfsmedikamente)

Bitte achten Sie darauf, einen aktuellen Medikamentenplan mitzugeben.

Erklärung: Aus ärztlicher Sicht ist das Kind für die Erholungsmaßnahme in der Ferienfreizeit geeignet. Es liegen zurzeit keine übertragbaren Krankheiten im Sinne des § 34 IfSG vor. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum _____

Tel.- Nr. des Arztes _____

Stempel/Unterschrift _____