

# 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:

<b>Uhrzeit</b> Vor / nach dem Essen	<b>Name des Medikaments</b>	<b>Dosierung</b>

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: