

Fragebogen Inklusive Sommercamps

Name und Alter des/der Teilnehmer/in:

Telefonnummer einer Kontaktperson für Rückfragen vor und während dem Camp:

1. Sprachverständnis

Ich verstehe verbale Information: alles vieles eher wenig

befolge normalerweise einfache Anweisungen ja eher schwierig

was ich noch sagen wollte:

2. Sprachproduktion

spreche fließend spreche Einzelwörter spreche nicht

spreche nur mit Bezugspersonen spreche Gebärdensprache

Die Bedeutung folgender Äußerungen solltet ihr kennen:

3. Selbstständigkeit

selbstständig an- und ausziehen

benötige Hilfe bei _____

selbstständig waschen

benötige Hilfe bei _____

gehe selbstständig auf die Toilette

benötige Windeln benötige Einlagen

benötige Hilfe bei: _____

kann nicht selbstständig auf eigene Hygiene achten (Zähneputzen, Händewaschen...)

kann nicht eigene Bedürfnisse (Hunger, Hitze, Kälte...) wahrnehmen und äußern

verliere schnell den Überblick über die Ordnung und brauche Unterstützung

kann Gefahren (Höhe, Straßenverkehr...) einschätzen

Vorhandene Pflegestufe: _____

Was ihr noch wissen solltet:

6. Beeinträchtigung

Sinnesebene (Sehen, Hören, Fühlen Gleichgewicht...) _____

brauche eine Person zum Führen
jemanden der Gebärdensprache beherrscht

körperliche Ebene

kompletter/inkompletter Querschnitt
Kniebeschwerden, Hüftprobleme
Asthma, Diabetes

Psychische Ebene:

Kognitive Ebene:

Orientierungsschwierigkeiten/ Merkfähigkeit:

Das möchte ich noch ergänzen:

7. Pflegebedarf und Medikation, Allergien

Ich nehme Medikamente und habe eine Bestätigung inklusive Einnahmeverordnung vom Hausarzt (Wann, Wie oft, welche Dosis)

Ich habe einen Pflegebedarf und brauche am Camp jemanden, der mich bei Waschen, An- und Ausziehen etc. unterstützt _____

Ich trage Notfallmedikamente mit mir: (Wann, für was sind diese zu verabreichen?):

Vielen Dank für das Vertrauen!!

Abschließende Informationen:

1. Ich habe den Fragebogen gelesen und sorgfältig ausgefüllt. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass meine Angaben im Fragebogen vollständig und richtig sind.
2. Ich habe die Ausrüstungsliste gelesen und bin mir der Notwendigkeit bewusst, die erforderlichen Ausrüstungsgegenstände für den Aufenthalt mitzugeben/mitzunehmen.
3. Ich nehme zur Kenntnis, dass aus wichtigen Gründen (z.B. Krankheit, grobes Fehlverhalten, etc.) die Campleitung befugt ist, mein Kind/ mich vom Camp nach Hause zu schicken.
4. In jedem Fall ist die Organisation der frühzeitigen Heimreise nach Absprache mit der Campleitung umgehend durch mich einzuleiten. Die Kosten und die erforderliche Beaufsichtigung fallen zu meinen Lasten.
5. Sollte mein Kind selbst eine vorzeitige Abreise vom Kurs wünschen (Heimweh etc.), so wird sich die Campleitung mit mir in Verbindung setzen. Die Entscheidung darüber werden wir (Campleitung und Erziehungsberechtigter) dann in Absprache mit meinem Kind treffen. Für die Organisation der Heimreise gilt das unter Punkt 4 Beschriebene.
6. Ich bestätige, dass ich die Campleitung über sämtliche Medikamente, die mein Kind nehmen muss, und deren Dosierung, sowie über Erkrankungen meines Kindes (z.B. Asthma, Allergien, Zuckerkrankheit etc.) schriftlich informiert habe und stimme zu, dass die Campleitung sowie Campmitarbeiter*innen bei einem Not- oder Unfall entsprechende Sofortmaßnahmen und Erste Hilfe-Maßnahmen vornehmen bzw. ärztliche Versorgung veranlassen dürfen.
7. Es wird hiermit bestätigt, dass die Betreuer*innen leichte Naturmedikation verabreichen dürfen. (Ringelblumensalbe bei trockener Haut, Beinwellsalbe bei z.B. Prellungen, äußerlich Schwedenbitter bei Insektenstichen)
8. Weder die Campleitung noch das Mitarbeiter*innenteam oder der Österreichische Alpenverein übernehmen die Haftung für mögliche gesundheitliche Schäden Ihres Kindes, die aus mangelhaftem Impfschutz oder fehlenden Medikamenten resultieren.
9. Es gelten die aktuellen AGBs der Alpenverein-Akademie (siehe <http://www.alpenverein.at/akademie/agb/>).
10. Ich habe die abschließenden Informationen gelesen und nehme diese zur Kenntnis.

.....
Erziehungsberechtigte/r
(Name in BLOCKBUCHSTABEN)

.....
Ort, Datum, Unterschrift

Ärztliche Medikamentenverordnung

für das inklusive Camp des Alpenvereins

Name des/der Teilnehmenden:

Sozialversicherungsnummer:

<i>Name des Arzneimittels</i>	<i>Darreichungsform</i>	<i>Einnahme</i>	<i>Anmerkung des Hausarztes</i>

Der/die Teilnehmende verwaltet die Medikamente selbstständig am Camp.

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Hausarztes: