

ANMELDEFORMULAR

Seite 1

Guldberg-Plan Sommermaßnahme ☐ Guldberg-Plan Wintermaßnahme ☐ im Jahr _____

Persönliche Daten des Kindes:

Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Geburtsdatum: _____

Kostenträger: (Bitte genaue Anschrift)

Eltern / Erziehungsberechtigte / gesetzliche Betreuung / Sorgeberechtigte:

Name: _____
Vorname: _____
Telefon (Festnetz / Mobil): _____
E-mail-Adresse: _____

Krankenkasse / Pflegeversicherung:

Name: _____
Anschrift: _____
Versichertennummer: _____

Volle Kostenübernahme? ☐ Nein
☐ Ja, durch Verhinderungspflege ☐ , Entlastungsbetrag ☐ und / oder
Kurzzeitpflege ☐

Weitere Angaben zum Kind:

Art der Behinderung (ggf. bitte Kopie von Arztbriefen / Befunden beifügen):

Schwerbehindertenausweis / Grad _____ Merkmal/e _____

Pflegegrad liegt vor ☐ Ja ☐ Nein

Welcher Grad? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Es kann:

- Sehen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Hören ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Sprechen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Verstehen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Bedürfnisse äußern ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise

Es benutzt folgende Zeichen (Mimik/Gestik) / Laute, um sich auszudrücken, die folgende Bedeutung haben:

☐ Es kann sich räumlich orientieren

☐ Es kann sich zeitlich orientieren

☐ Es kann mit Geld umgehen

Es braucht Hilfe beim:

- Aufstehen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Umziehen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Waschen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Toilettengang ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Essen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise
- Gehen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Teilweise

Es benutzt:

- Gehhilfen ☐
- einen Rollstuhl ☐
- einen E-Rollstuhl ☐
- Sonstiges _____

Gibt es Beschwerden oder Erkrankungen am Herz-Kreislauf-System? ☐ Ja ☐ Nein

Es hat folgende Beschwerden oder Erkrankungen am Herz-Kreislaufsystem:

Es hat folgende Allergien / Unverträglichkeiten:

Es hat Epilepsie: ☐ Ja ☐ Nein

Es ist seit mind. 2 Jahren anfallsfrei ☐ Ja ☐ Nein

Es hat regelmäßig epileptische Anfälle ☐ Ja ☐ Nein

Wie verlaufen diese (erste Anzeichen, Auslöser)? Was ist dabei zu beachten?

Bei einem Anfall bekommt es folgende Medikamente:

Es hat Diabetes ☐ Ja ☐ Nein

Es nimmt Insulin als ☐ Tablette ☐ Pen ☐ Spritze

Es kann das Insulin eigenständig einnehmen / verwenden ☐ Ja ☐ Nein

Es hat folgende Krankheiten / Krankheitsbilder:

Welche Medikamente nimmt es - bitte in den Einnahmeplan im Anhang eintragen!

Es kann seine Medikamente selbstständig einnehmen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Impfungen hat das Kind erhalten und wann? (Bitte Kopie des Impfausweises beifügen)

Hausarzt/Hausärztin bzw. behandelnde/r Arzt/Ärztin ist:

Name:

Anschrift:

PLZ, Ort:

Telefon:

Im Notfall bitte benachrichtigen:

Name: _____
Anschrift: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Es mag gar nicht:

- ☐ berührt zu werden
- ☐ viele Leute um sich herum zu haben
- ☐ Tiere in der Nähe zu haben, welche? _____
- ☐ in engen Räumen sein
- ☐ wenn es laut ist
- ☐ wenn fremde Leute es ansprechen
- ☐ Sonstiges: _____

Wenn ihm etwas nicht gefällt, reagiert es oft:

- ☐ wütend
- ☐ aggressiv anderen gegenüber / sich selbst gegenüber
- ☐ es läuft weg
- ☐ es wird passiv und ist nicht mehr ansprechbar
- ☐ Sonstiges: _____

Seine Angewohnheiten sind:

- ☐ es muss sich ständig bewegen
- ☐ es ist schnell müde
- ☐ es weint schnell
- ☐ es kann nicht lange still sitzen
- ☐ Sonstiges: _____

Das möchten wir noch mitteilen (z.B. sonstige Eigenschaften, Vorlieben, Abneigungen des Kindes):

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung:

Hiermit gebe ich meine Einwilligung, dass mein / unser Kind _____ während der Sommer- bzw. Wintermaßnahme unter Aufsicht am Schwimmen, Reiten, Skifahren und an Ausflügen teilnehmen darf. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während der Ferienmaßnahmen fotografiert bzw. gefilmt wird. Die Aufnahmen dürfen auf der Homepage des Vereins, auf den sozialen Medien des Vereins (z.B. Facebook, Instagram usw.) und im Prospekt des Vereins veröffentlicht werden. Sollte eine Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung nicht möglich sein, bin ich / sind wir bereit, dass ich / wir selber die Kosten der Ferienmaßnahme übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise zur Datenverarbeitung gem. EU-Richtlinien:

Es gehört zu unseren Grundsätzen, Ihre Daten vertraulich zu behandeln und diese nur im Rahmen der im Folgenden genannten Notwendigkeiten an Dritte weiterzugeben. Für die Abwicklung der von uns durchgeführten Maßnahmen müssen wir Ihre personenbezogenen Daten speichern. Diese Daten werden ausschließlich im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetze genutzt und verarbeitet. Hierzu gehören die in dieser Anmeldung abgefragten Daten, einschl. der notwendigen Informationen zum Gesundheitszustand des Kindes. Die Erhebung dieser Daten erfolgt, um Sie als Eltern / Erziehungsberechtigte / gesetzliche Betreuung / Sorgeberechtigte bzw. das Kind identifizieren zu können, um es angemessen betreuen zu können, zur Korrespondenz mit Ihnen, zur Rechnungsstellung und zur Abwicklung von Haftungsansprüchen bzw. Korrespondenz mit den Kostenträgern. Die Erhebung der Daten erfolgt auf Ihre Anfrage hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit.b. DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Bearbeitung und für die

beiderseitige Erfüllung von Verpflichtungen erforderlich. Die von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht, d. h. 10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, gespeichert und danach gelöscht. Eine Weitergabe von Daten an Dritte zu anderen als den im Folgenden aufgeführten Zwecken findet nicht statt. Sofern dies nach Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. b DSGVO für die Abwicklung mit Ihnen erforderlich ist, werden Ihre Daten weitergegeben. Hierzu gehört insbesondere die evtl. Weitergabe an Kranken- und Pflegekassen, Rechtsanwälte sowie Gerichte, öffentliche Behörden zum Zwecke der Korrespondenz sowie zur Geltendmachung Ihrer Rechte und Ansprüche aus der Teilnahme an der Maßnahme. Die weitergegebenen Daten dürfen von dem Dritten ausschließlich zu den genannten Zwecken verwendet werden. Sie haben alle Rechte, die gem. DSGVO in Art. 7 Abs. 3, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18, Art. 20 und Art. 77 beschrieben sind. Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigtem Interesse gem. Art. 6 Abs. 1 S.1 lit f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gem. Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit Gründe dafür vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben. Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an info@guldbergplan.de.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in diese Bestimmungen ein und bestätigen, dass Sie die Hinweise zur Datenverarbeitung gem. EU-Richtlinien gelesen haben und somit darüber aufgeklärt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE INNERHALB DER LETZTEN 8 TAGE VOR DER ABREISE DURCHGEFÜHRTE UNTERSUCHUNG: Seite 8

Das Kind _____ geb. am _____

wurde heute von mir untersucht.

Es ist frei von ansteckenden Krankheiten. In den letzten vier Wochen sind in der Umgebung keine Infektionskrankheiten bekannt geworden.

Die regelmäßige Einnahme folgender Medikamente / Notfallmedikamente ist zu beachten:

Medikamente	morgens	Mittags	abends	nachts

Bedarfsmedikamente	Indikation	Mind. Tag	Max. Tag	Besonderheiten

--	--	--	--	--

Bitte Medikamentenplan des Arztes beifügen! Die Verordnung darf nicht älter als 8 Tage (vor Abreisedatum) sein!

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift des Arztes/der Ärztin