

Fragebogen für TeilnehmerInnen an der Ferienbetreuung 2024 von Menschen(s)kinder Bochum gGmbH

Die folgenden Hinweise sind für die pädagogische Leitung und das Team der Ferienbetreuung eine wichtige Hilfe, den TeilnehmerInnen die Zuwendung zu vermitteln und die Unterstützungen zu geben, die notwendig sind, um allen eine angenehme Zeit bei uns zu ermöglichen.

Bitte machen Sie daher **vollständige und ausführliche Angaben!** Nur so können alle Personen, die sich Ihrem Kind widmen, auf die individuellen Bedürfnisse und Erforderlichkeiten eingehen.

Sollte an einigen Stellen der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, oder möchten Sie zusätzliche Angaben machen, so haben Sie am Ende des Fragebogens die Möglichkeit dazu.

Bitte vergessen Sie nicht, den Fragebogen auf Seite 8 zu unterschreiben.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

Vorname und Name der/des Teilnehmer(in):

Straße:

PLZ/ Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Name der Sorgeberechtigten/Eltern:

Telefonnummer für Notfälle:

**Bitte kleben
Sie hier ein
Foto Ihrer
Tochter /
Ihres
Sohnes ein!

Danke!**

Welche Art von Behinderung (ggf. Namen der Krankheit)/Diagnose hat die/der Teilnehmer(in) (bitte detaillierte Angaben)?

Bestehen Unverträglichkeiten / Allergien?

Ja Nein

Wenn ja, welche (z.B. gegen bestimmte Lebensmittel, Tierhaare, Chemikalien)?

Welche allergischen Reaktionen können auftreten?

Liegen chronische Erkrankungen vor (z.B. Asthma, Diabetes)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Liegt ein Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) vor?

Ja Nein

Wenn ja, wann war der letzte Anfall und wie häufig treten die Anfälle auf?

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab?
(evtl. typische Tageszeiten oder Vorzeichen, Stärke des Anfalls, Folgewirkung)

Was ist besonders zu beachten und zu tun?

Werden bei einem Anfall Notfallmedikamente verabreicht?

Ja Nein

Wenn ja, welche und nach wie vielen Minuten?

Medikation bitte auf Seite 8 angeben. Ggf. bitte auch die Bedarfsmedikation angeben.

Besitzt sie/er einen Schwerbehindertenausweis?

Ja Nein

Wenn ja, mit welchem Grad der Behinderung und welche Merkzeichen?

Bitte schätzen Sie die folgenden Fähigkeiten ein:

Sehvermögen: gut schlecht

Hörvermögen: gut schlecht

Sprachvermögen: gut schlecht

Spricht sie/er in ganzen Sätzen?

Ja Nein

Benutzt sie/er bestimmte Zeichen und Laute zur Verständigung?

Ja Nein

Wenn ja, welche Bedeutung haben die Zeichen und Laute?

Können fremde Personen sie/ihn problemlos verstehen?

- Ja Nein

Versteht sie/er Sprache?

- Ja Nein

Welche Hilfsmittel benötigt der/die Teilnehmer(in)?

- Hörgeräte Gehhilfe
 Brille RehaBuggy
 Zahnsperre Rollator
 Rollstuhl Einlagen, Orthesen, Schienen
 E-Rollstuhl Zahnprothese
 Sonstiges _____

Ist die/der Teilnehmer(in) in der Lage die Hilfsmittel alleine zu nutzen

- Ja Nein

Nimmt sie/er regelmäßig Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn ja, bitte tragen Sie die Medikation auf Seite 8 ein.

Nur für weibliche Gäste:

Hatte sie schon ihre erste Menstruation?

- Ja Nein

Wenn ja, bestehen während dieser Zeit Schwierigkeiten? Wie äußern sich diese und wie soll man darauf reagieren?

Hilfebedarf im täglichen Leben

Kann sie/er gehen?

- Ja mit Hilfe Nein

Kann sie/er stehen

- Ja mit Hilfe Nein

Kann sie/er den ganzen Tag im Rollstuhl sitzen

- Ja Nein

Muss sie/er regelmäßig umgelagert werden?

- Ja Nein

Welche Hilfen sind bei der Körperhygiene notwendig?
(Waschen am Waschbecken, Toilettengang, Windelwechseln, etc.)

Ist sie/er inkontinent?

- Ja Nein

Kann sie/er sich alleine anziehen?

- Ja mit Hilfe Nein

Kann sie/er selbstständig essen und trinken?

- Ja mit Hilfe Nein

In welcher Form soll das Essen angeboten werden?

- püriert klein gedrückt klein geschnitten ohne Besonderheit

In welcher Form soll das Trinken angeboten werden?

- Schnabelbecher (wird mitgegeben) Becher zum Mund führen ohne Besonderheit

Benötigt ihr Kind die zusätzliche Unterstützung (z.B. beim Katheterisieren), die nur von ausgebildetem Pflegepersonal (Krankenschwester/-pfleger) durchgeführt werden darf?

- Ja Nein

Welche weiteren Hilfen werden gegebenenfalls benötigt?

Besteht die Gefahr des Weglaufens

- Ja Nein manchmal

Wenn ja, in welchen Situationen?

Ist ihre/seine Fähigkeit zu stehen, zu gehen, sich im Raum zu orientieren o.ä. in bestimmten Situationen blockiert?

- Ja Nein manchmal

Wenn ja, warum (z.B. Angst vor Stufen, Treppen, Höhenangst, Angst in fremder Umgebung)?

Hat sie/er Ängste in großen Gruppen, Geschäfte oder unvertrauter Umgebung?

- Ja Nein manchmal

Reagiert sie/er dann verängstigt oder aggressiv?

- Ja Nein manchmal

Besteht die Gefahr der Selbstverletzung?

- Ja Nein manchmal

Besteht die Gefahr der Zerstörung von Sachen?

- Ja Nein manchmal

Wenn ja, in welchen Situationen und wie reagieren Sie auf dieses Verhalten?

Wie können die BetreuerInnen ggf. Aggressionen entgegenwirken?

Einverständniserklärung

Meine Tochter/mein Sohn **darf / darf nicht** bei gemeinsamen Ausflügen z.B. zum Tierpark oder auf den Markt in die Stadt teilnehmen. **(Bitte die nicht zutreffenden Angaben durchstreichen und durch Unterschrift auf dieser Seite bestätigen.)**

Ich gebe mein Einverständnis, die während der Maßnahme geschossenen Fotos ohne Namensnennungen für die Vorstellung der Projekte von Menschen(s)kinder Bochum zu verwenden.

ja, für Homepage und Zeitung

ja, für Instagram

nein

Medikation

Als Sorgeberechtigte/r erkläre/n ich/wir, dass die folgenden Medikamente zu den angegebenen Zeiten sowie Notfallmedikamente (wie auf Seite 3 beschrieben) bei Bedarf von den Mitarbeiter:innen des Menschen(s)kinder Bochum gGmbH verabreicht werden dürfen: **(Bitte durch Unterschrift auf dieser Seite bestätigen)**

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Bedarf

Erklärung

Der Fragebogen wurde gewissenhaft und vollständig ausgefüllt. Sollten sich vor Beginn der Ferienbetreuung relevante Änderungen ergeben (insbesondere Veränderungen in der Medikation), so werde/n ich/wir die pädagogische Leitung bzw. die Geschäftsführung von Menschen(s)kinder davon umgehend in Kenntnis setzen.

Ich habe / Wir haben zur Kenntnis genommen, dass Menschen(s)kinder Bochum gGmbH keinen Fahrdienst zur und von der Ferienbetreuung übernehmen kann.

Die Kopie eines Schwerbehinderten-Ausweises wird beigelegt.

Datenschutz

Die von Ihnen übermittelten Daten werden elektronisch gespeichert und absolut vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht gestattet. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich mit der Speicherung der Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

NOTFALLKARTE

Hier nochmal das Wichtigste für das Kind auf einer Seite zusammengefasst:

Name:		Vorname:		Ausstell- datum:	
Geburts- datum:		Diagnose:			
Notfall Telefonnummer:					

Wichtiges bei der Versorgung:

(Häufigkeit der Pflege, Sondierung?, Toilettengänge mit Begleitung?, etc...)

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?

Bitte bedenken Sie auch Unverträglichkeiten medizinischer Natur falls bekannt (z.B. Kontrastmittel)

Liegt (oder lag) ein Anfallsleiden (Epilepsie) vor?

(Wie häufig kommt es zu einem Anfall? Wie macht sich dieser bemerkbar?
Notfallmedikament? Wie und wann wird dieses verabreicht?)

Weitere wichtige Besonderheiten/Anmerkungen: