

VERBINDLICHE ANMELDUNG und FRAGEBOGEN

zur Teilnahme an der Integrationsfreizeit 2003 der IGH
(Interessengemeinschaft Haemophiler e.V. Bonn) als Kooperationspartner und dem
ABB (Allgemeiner Behindertenverband Brandenburg e.V.) als Projektträger
vom 2. - 16. August 2003, Werbellinsee

Teilnahme vom: **2.8.2003** bis **16.08.2003**, Ort: Europäische Jugenderholungs- und
Begegnungsstätte, Werbellinsee
in 16244 Altenhof / Brandenburg

Name: Vorname: geb.:

Adresse: PLZ: Ort:

Tel.: /

Erreichbarkeit der Eltern während der Integrationsfreizeit unter Telefon:

privat / dienstlich / Handy /

Mitgliedschaft: Einzelmitglied in der IGH Einzelmitglied im ABB

Mein/ unser Kind ist in folgender Krankenkasse versichert / mitversichert:

.....

Mein/ unser Kind ist privat unfallversichert: ja nein

Ich erteile meinem/ unserem Kind die Bade-/ Schwimmerlaubnis: ja nein

Mein/ unser Kind ist Schwimmer: ja nein

Schwimmabzeichen: Seepferdchen bronze silber gold

Mein/ unser Kind darf in Begleitung von Betreuern Unternehmungen in kleineren
Gruppen außerhalb des Veranstaltungsortes durchführen ja nein

Bemerkungen/Wünsche:

.....

.....

Angaben für hämophile Teilnehmer:

- Hämophilie A Hämophilie B
 leicht mittelschwer schwer
 von Willebrand-Jürgens-Syndrom
 andere:

Bei anderen Gerinnungsstörungen bitte die genaue Bezeichnung angeben:

.....

Dauersubstitution (Menge/Intervall/Konzentratname)

.....

Wie viele behandlungsbedürftige Blutungen sind in den letzten 12 Monaten
aufgetreten?

Anzahl:

Ist die Blutungsneigung: schwach mittelschwer stark

Angaben für Teilnehmer mit anderen Erkrankungen / Behinderungen:

Art der Erkrankung (genaue Angaben zur Behandlung):

Die Behinderung meines/unseres Kindes ist anerkannt: Merkzeichen:

Grad der Behinderung:

Meinem/unserem Kind wurde eine Pflegestufe der Pflegeversicherung zuerkannt:

Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3

Hilfe erforderlich beim (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Essen | <input type="radio"/> Waschen |
| <input type="radio"/> Ankleiden/Auskleiden | <input type="radio"/> Aufstehen aus dem Bett |
| <input type="radio"/> Lagern zur Nachtruhe | <input type="radio"/> Benutzen der Toilette |

Welche Hilfen sind sonst erforderlich?

Mein/unsere Kind wurde gegen Wundstarrkrampf geimpft

(bitte Impfausweis mitgeben): ja Jahr..... nein

Angaben zu allergischen Reaktionen:

Mein/unsere Kind reagiert allergisch ja nein

Wenn ja, worauf?

Angaben zu Medikamenten:

Mein/unsere Kind benötigt ständig Medikamente ja nein

Wenn ja, welche und Angaben zur Dosierung:

Gibt es sonstige Dinge, die für den betreuenden Arzt bzw. für die Pflegekräfte und die Helfer der Integrationsfreizeit von Bedeutung sind? Stimmen Sie sich

gegebenenfalls mit dem behandelnden Arzt Ihres Kindes ab:

Datum: Unterschrift:

Bitte zurücksenden an: **IGH e.V., Johannesstr. 38, 53225 Bonn**

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt und werden Dritten nicht zugänglich gemacht. Sie dienen nur zur Information für den betreuenden Arzt bzw. für die Pflegekräfte.