

Deutsche Kinderhilfsstiftung e.V.

- Förderverein -

Koordinierungsbüro



"Das schönste Geschenk ist das Lachen eines Kindes!"

c/o Michael Seuchter, Friedländer Str. 17A, 17389 Anklam

☎: 03971 – 20 40 797 , 📠: 03971 – 20 40 798 , 📞: 0170 – 58 17 51 5

@: info@deutschekinderhilfsstiftung.de, www.deutschekinderhilfsstiftung.de

INDIKATIONSBOGEN

für die Teilnahme an einem Camp (des)/der DKHS (e.V. - Förderverein)

(Die Angaben werden gemäß Datenschutzgesetz streng vertraulich behandelt und nach Abschluss des Projektes vernichtet!)

Bitte alle Fragen möglichst ausführlich beantworten, ggf. Beiblatt einfügen. Fragen die mit „Ja“, „Nein“, „Keine“ zu beantworten sind, in jedem Falle auch so beantworten – sprich keine Auslassungen!

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse:

Im Notfall zu verständigen:

Hauptdiagnose:

Nebenindikationen:

Dauermedikation: (inklusive chemischem Namen – bitte unbedingt benennen, bei Ersatzbeschaffung oder Substitution ist der Produktname nicht immer ausreichend! Dosierung notieren!):

Notfallmedikation:

Muss das Kind/der Jugendliche regelmäßig gespritzt werden bzw. spritzt es sich alleine?

ja nein

Wenn ja, womit?

Angaben zum Krankheitsbild (Bitte möglichst korrekte Beschreibung aller anamnestischen Besonderheiten, auslösende Faktoren bei Anfällen, Grad der Manifestierung, usw.)

Seit wann besteht die Erkrankung?

Liegt eine Schwerbehinderung vor?

ja nein

Wenn ja, wie viel Prozent? -----

Ist das Kind/der Jugendliche sehbehindert/blind?

ja nein

Ist das Kind hörbehindert/taub?

ja nein

Es besteht außerdem eine

Nahrungsmittelallergie u./o. Nahrungsmittelunverträglichkeit (z.B. Zöliakie) – Wenn ja, bitte beschreiben:

Insektengiftallergie – Wenn ja, welche?

Arzneimittelallergie – Wenn ja, welche?

sonstige chronische Erkrankung, insoweit nicht schon unter Haupt- und Nebenindikation erfasst. Ggf. bitte hier auch Ernährungsbesonderheiten aufführen die keinen pathologischen Hintergrund haben, zum Beispiel familiär tradiert, religiös determiniert, etc.

Begleitindikationen:

Adipositas

Hypertonie

Psychische Belastungen

Sonstiges:

Sonstiges Ja, dann bitte beschreiben:

Geben Sie bitte Hinweise zur Belastbarkeit (physische und psychische Eignung).

Leidet das Kind/der Jugendliche unter Heimweh?

ja nein

Wird ein Rollstuhl benötigt? Wenn ja, ist das Kind/der Jugendliche auf Assistenz während des Fahrens des Rollstuhles angewiesen?

In welchem Umfang ist Assistenz weiterhin notwendig?

Wird Sauerstoff benötigt?

ja nein

Wenn ja, punktuell oder 24 h täglich? Gibt es Produktpräferenzen bei der Nutzung in Verkehrsmitteln?

Welche weiteren Heil- und Hilfsmittel benötigt das Kind/der Jugendliche?

Liegt prinzipiell Reisefähigkeit, insbesondere Flugfähigkeit, vor? Ja nein

Ist eine Kinetose bekannt? ja nein

Ist eine Enuresis bekannt? ja nein

Schwimmer/in? ja nein

Brillenträger/in? ja nein

Besteht eine Hyperaktivität bzw. sonstige Verhaltensstörung?

Weitere Besonderheiten (z.B. besondere Schlaf- u./o. Essgewohnheiten, Zahnspange, Hörgerät, etc.):

Impfstatus (Bitte Datum der letzten Impfung angeben!)

Tetanus/Diphtherie:

Polio:

Hepatitis A (fakultativ):

Hepatitis B:

MMR:

Pertussis:

Sonstige:

Körpergröße:

Gewicht:

Einschätzung der Schwere der Erkrankung/Hauptindikation (Grad I bis IV):

Besteht Harn- oder Stuhlinkontinenz? Wenn ja, bitte Hinweise zum Ausmaß und den etwaigen Bedarf an Hilfsmitteln:

Benötigt das Kind/der Jugendliche deklarationspflichtige Präparate nach Betäubungsmittelgesetz (BtMG)? Wenn ja, welche? Zum Beispiel bei Behandlung von ADHS ist die Medikation in der Regel hier zu verzeichnen!

Behandelnder Arzt (Stempel):

Unterschrift:

Datum: