

## Anmelde- & Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung – 2018

<b>Vor- und Nachname:</b>	<b>Geb.-Datum:</b>
---------------------------	--------------------

Wir bitten Sie um eine ausführliche und vollständige Beantwortung der Fragen, damit die Mitarbeiter sich so gut wie möglich auf die gemeinsame Zeit einstellen können!

1. Anmeldung für die Ferienbetreuung	
<b>Osterferien:</b> <input type="checkbox"/> (1. Woche) 26.03. – 29.03.2018	<input type="checkbox"/> (2. Woche) 03.04. – 06.04.2018
<b>Pfingstferien:</b> <input type="checkbox"/> (1. Woche) 22.05. – 25.05.2018	<input type="checkbox"/> (2. Woche) 28.05. – 01.06.2018
<b>Sommerferien:</b> <input type="checkbox"/> (1. Woche) 30.07. – 03.08.2018	<input type="checkbox"/> (2. Woche) 06.08. – 10.08.2018
<input type="checkbox"/> (3. Woche) 13.08. – 17.08.2018	<input type="checkbox"/> (4. Woche) 20.08. – 24.08.2018
<input type="checkbox"/> (5. Woche) 27.08. – 31.08.2018	

2. Wo lebt der/die Teilnehmer/in?			
<input type="checkbox"/> Bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Bei der Mutter	<input type="checkbox"/> Beim Vater	<input type="checkbox"/> In einer stationären Einrichtung
Name	Mutter:	Vater:	
	Einrichtung:		
Straße, Hausnummer:		PLZ, Wohnort:	
Telefon:		Mobil:	
Email:			
Ist ein Elternteil des Kindes berufstätig bei den folgenden Firmen?			
<input type="checkbox"/> Ja, bei	<input type="checkbox"/> IAV	<input type="checkbox"/> EFS	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Audi (Stamm-Nr. des Elternteils): _____	<input type="checkbox"/> Media Saturn	<input type="checkbox"/> Airbus DS	
<input type="checkbox"/> Gebrüder Peters			

3. Schulbesuch
Schulart und Jahrgangsstufe?

4. Behinderung und Kranken- und Pflegekasse		
Art der Behinderung (falls vorhanden):		
Name der Krankenkasse:	Adresse:	
Bei den Eltern mitversichert: <input type="checkbox"/> beim Vater <input type="checkbox"/> bei der Mutter		
Versicherten-Nr. des Kindes:	Status:	Gültigkeit:

5. Pflegegrad (Auszufüllen nur bei Kindern- und Jugendlichen mit Behinderung)		
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> Antrag abgelehnt <input type="checkbox"/> keine Einstufung, weil:		
Genehmigung für Zusätzliche Betreuungsleistungen liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja, 125 €/Monat	<input type="checkbox"/> nein
Genehmigung für Verhinderungspflege liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sollen die Kosten abgerechnet werden über	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> zusätzl. Betreuungsleistungen	
Soll die Rechnung geschickt werden an:	<input type="checkbox"/> Sie persönlich	<input type="checkbox"/> Ihre Pflegekasse
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GdB::	Merkzeichen:
6. Muss er/sie daheim abgeholt werden? (gegen Aufpreis s. Infoblatt, nur für Kinder mit Behinderung)		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## Anmelde- & Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung – 2018

7. Was würde er/sie gerne im Rahmen des Inklusionsprojekts „All together now“ unternehmen?	
<input type="checkbox"/> Musizieren und Singen	<input type="checkbox"/> Kochen
<input type="checkbox"/> Spiele im Freien	<input type="checkbox"/> Entspannen
<input type="checkbox"/> Basteln/Werken	<input type="checkbox"/> Schwimmen
<input type="checkbox"/> Spaziergänge / Wandern	
Sonstiges:	
Was macht er/sie ungern?	

8. Persönlichkeit des Kindes			
<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> häufig schlecht gelaunt
<input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> still	<input type="checkbox"/> oft zu Späßen aufgelegt	<input type="checkbox"/> reizbar
<input type="checkbox"/> fremdaggressiv Wann? _____	<input type="checkbox"/> autoaggressiv Wann? _____	<input type="checkbox"/> braucht Rückzugsmöglichkeiten: Wann? _____ Wie?: _____	
Andere Charakterzüge:			
Wovor hat er/sie Angst?			

9. Fähigkeiten und Verhalten des Kindes	
Er/sie kann	
<input type="checkbox"/> frei Baden im Schwimmerbecken	
<input type="checkbox"/> mit Schwimmhilfen baden im Schwimmerbecken	
<input type="checkbox"/> nur Baden im Nichtschwimmerbecken	
Er/sie kann <b>nicht</b>	<b>Er/sie benötigt</b>
<input type="checkbox"/> laufen	<input type="checkbox"/> Gehhilfe, in Form von: _____
<input type="checkbox"/> Treppen steigen	<input type="checkbox"/> mechanischen Rollstuhl und kann selbst fahren ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> stehen	<input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl (für Ausflüge bitte auch Schiebe-Rollstuhl mitbringen!)
<input type="checkbox"/> sitzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<b>Er/sie braucht Unterstützung bei (bitte genauere Beschreibung):</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Toilette:</b> Einnässen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie häufig: Einkoten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wie häufig: <input type="checkbox"/> Meldet sich nicht von selbst. <input type="checkbox"/> Muss gesetzt werden <input type="checkbox"/> Muss erinnert werden und geht dann selbst
<input type="checkbox"/>	<b>Essen:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Trinken:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Waschen/Baden:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>An- und Ausziehen:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Geldverwaltung:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstiges:</b>
<b>Könnte es vorkommen, dass er/sie</b>	
<input type="checkbox"/> sich von der Gruppe entfernt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn	
<input type="checkbox"/> sich fremden Menschen anschließt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn:	

## Anmelde- & Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung – 2018

10. Mitteilungsfähigkeit / Kommunikation	
Er/sie teilt sich mit durch: Sprache <input type="checkbox"/> durch Gestik/Mimik <input type="checkbox"/> Nähere Beschreibung:	
Was er/sie ausdrücken will, ist: <input type="checkbox"/> sehr gut zu verstehen <input type="checkbox"/> nicht so gut zu verstehen <input type="checkbox"/> nur mit großer Mühe..... <input type="checkbox"/> fast nicht zu verstehen	
Sehen:	Er/sie hat <input type="checkbox"/> gutes/ ausreichendes <input type="checkbox"/> stark eingeschränktes Sehvermögen <input type="checkbox"/> Er/sie trägt Brille
Hören:	Er/sie hat <input type="checkbox"/> gutes <input type="checkbox"/> ausreichendes <input type="checkbox"/> stark eingeschränktes Hörvermögen Er/sie trägt ein Hörgerät <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> kann damit selbständig umgehen <input type="checkbox"/> braucht Unterstützung
Greifen:	Er/sie kann mit den Händen <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mit Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> kaum bzw. gar nicht greifen

11. Gesundheit	
<b>Verträgt er/sie alle Speisen?</b>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, er/sie verträgt nicht:
	<input type="checkbox"/> Pürierte Kost <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sonde (Absprache notwendig)</span>
	<input type="checkbox"/> er/sie isst ausschließlich vegetarisch <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> er/sie isst kein Schweinefleisch</span>
<b>Hat er/sie epileptische Anfälle?</b>	
<input type="checkbox"/> ja	In welchen Abständen kommen die Anfälle in der Regel? Wann hatte er/sie den letzten Anfall?
<input type="checkbox"/> nein	Wie lange dauert ein Anfall? Wie kündigt sich der Anfall an?  Kann er/sie anderen den Anfall ankündigen, wie:  Wie läuft der Anfall ab?  Wann braucht er/sie welche Hilfen?
	<input type="checkbox"/> <b>Notfall-Medikament</b> bei Krampfanfällen: Dosierung:
<b>Hat er/sie eine aktuelle Tetanus-Schutzimpfung?</b>	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <span style="float: right;">Wann war die letzte Impfung (laut Impfpass)?</span>
<b>Hatte er/sie schwere Krankheiten oder Operationen?</b>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche?

## Anmelde- & Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung – 2018

<b>Hat er/sie ansteckende Krankheiten bzw. Infektionen?</b> (z.B. Hepatitis, Cytomegalie, HIV, Herpes)?	
<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja – welche? (Bitte genaue Beschreibung der Krankheit und Umgangsvorschriften angeben!)</i>
<b>Hat er/sie Allergien?</b>	
<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja Welche? Wie müssen diese behandelt werden? (z.B. bei Pollenallergie Spray zur Mild- erung notwendig.)</i>
<b>Nimmt er/sie regelmäßig Medikamente?</b>	
<input type="checkbox"/> <i>nein</i>	<input type="checkbox"/> <i>ja – welche? (Bitte <b>Dosierung und Beschreibung</b> auf dem „Medikamentenverzeichnis“ vor Be- ginn der Ferienbetreuung eintragen und zusammen mit den <b>Medikamentenbeipackzetteln</b> mitbrin- gen! Die Medikamente müssen täglich in <b>Dosierbox</b> vorbereitet mitgegeben werden!)</i>

<b>Sonstiges, das sie uns noch mitteilen möchten:</b>

<b>Wer ist in medizinischen Notfällen zu benachrichtigen?</b> Name:  Anschrift:  Telefon:	Wir sind damit einverstanden, dass im Falle medi- zinischer Notwendigkeit die Einweisung in ein Krankenhaus ohne gesonderte Rücksprache er- folgt. Wir geben hiermit unsere Einwilligung für ärztli- cherseits zwingend erforderlich gehaltene Maß- nahmen und Eingriffe.
Eigene Unterschrift bzw. der Eltern bzw. des gesetzlichen Betreuers für die Erlaubnis der ärztlichen Behandlung:	_____

Bitte legen Sie ein **aktuelles Foto** bei, damit sich die Mitarbeiter in der Vorbesprechung ein Bild von ihrem Kind machen können! *(Hat ihr Kind bereits letztes Jahr in der Ferienbetreuung mitgemacht, ist kein neues Foto notwendig.)* Die Aufnahme stammt aus dem Jahre: \_\_\_\_\_

## Anmelde- & Beschreibungsbogen Inklusive Ferienbetreuung – 2018

### Einverständniserklärungen

Wir wurden im beiliegenden Informationsblatt darüber informiert,

- dass das Hollerhaus sich verpflichtet, die Zuschüsse zur Stadtranderholung durch das Amt für Jugend und Familie der Stadt Ingolstadt in den Sommerferien nur für Ingolstädter Kinder abzurechnen und die hierüber erforderlichen Unterlagen für eine eventuelle Rechnungsprüfung bei sich aufzubewahren.
- dass das Hollerhaus persönliche Daten (Geburtsdatum, Anschrift, Arbeitgeber) zur Abrechnung des Zuschusses über das Firmensponsoring in den Oster- und Pfingstferien an das Familienbüro Ingolstadt und ggf. auch an den Arbeitgeber – sofern dieser einer der Sponsor-Firmen ist – weitergibt.

Sofern wir diesbezüglich keinen schriftlichen Widerspruch vorlegen, erklären wir uns hiermit einverstanden.

Mit der Teilnahme unseres Kindes am Inklusionsprojekt „All together now“ erklären wir, die Sorgeberechtigten, uns grundsätzlich damit einverstanden, dass **Fotos von unserem Kind**, die im Rahmen des Ferienprogramms entstehen, für Veröffentlichungen des Hollerhauses bzw. für die Berichterstattung (Print- und elektronische Medien) verwendet werden dürfen. Ein Widerruf ist schriftlich an das Hollerhaus an unten angegebene Adresse zu richten.

**Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Informationen dieses Anmeldebogens zur Kenntnis genommen haben und Sie anerkennen. Mit Ihrer Unterschrift melden Sie Ihr oben genanntes Kind verbindlich für den in Punkt 1 genannten Zeitraum für die Ferienbetreuung im Hollerhaus an.**

---

**Ort, Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigten\* bzw. des/r gesetzlichen Erziehungsberechtigten**

\*wenn nur ein Elternteil unterschreibt, wird davon ausgegangen, dass der andere Elternteil informiert und mit der Anmeldung einverstanden ist.

**Kontakt:**

Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.  
Hollerhaus, Offene Hilfen  
Bei der Hollerstaude 17 - 85049 Ingolstadt  
Telefon: 0841/49313-0 Telefax: 0841/49313-900  
E-Mail: [offenehilfen@hollerhaus-in.de](mailto:offenehilfen@hollerhaus-in.de)