

An die Eltern und Sorge-Berechtigten

Informationen über Ihr Kind

Sie haben Ihr Kind zu einer Freizeit
von der Evangelischen Jugend angemeldet.
Die Evangelische Jugend möchte ihrem Kind
viele schöne Tage bereiten.
Es soll sich auf unserer Freizeit wohl fühlen.

Dafür brauchen wir vorher einige Informationen
über Ihr Kind.

Bitte tragen Sie hier ein:

Ihr Kind heißt:

.....

Vorname

Nachname

Bitte füllen Sie das ganze Formular ehrlich
und vollständig aus.

Unterschreiben Sie es.

Und senden Sie das Formular sofort an uns zurück.

Diese Informationen sind nur für die Leitung
von der Freizeit-Gruppe.

Niemand Fremdes sieht Ihre Informationen.

Die Evangelische Jugend achtet besonders darauf.



Frage-Bogen	
..... ?	
..... ▶ 😊 😐 😞	
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	



Wie können wir Sie erreichen?

Manchmal müssen wir schnell mit Ihnen sprechen.

Zum Beispiel:

- wenn Ihr Kind krank wird,
- wenn es zum Arzt gehen muss und Medikamente bekommt,
- wenn es starkes Heimweh hat oder andere verletzt,
- wenn die Freizeit früher oder später endet als geplant.



Bitte schreiben Sie hier auf,
wie wir Sie erreichen können:

Unter dieser Adresse können wir Sie immer erreichen:

Straße:

.....

Post-Leitzahl und Ort

Vielleicht fahren Sie gleichzeitig in den Urlaub.

Schreiben Sie bitte auch die Adresse von dort auf:

Name vom Hotel:

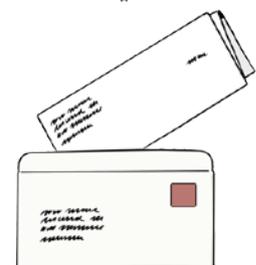
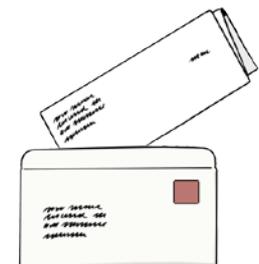
Straße:

Post-Leitzahl und Ort:

Land:

Telefon-Nummer mit Vorwahl:

.....



Von wann bis wann sind Sie an Ihrem Urlaubs-Ort?

Vom bis

**Unter diesen Telefon-Nummern können wir
Sie erreichen:**



Telefon zuhause, Vorwahl und Nummer:

.....

Handy:

Handy:



Telefon bei der Arbeit:

Vorwahl und Nummer:

Haben Sie noch andere Telefon-Nummern?

Dann schreiben Sie sie bitte hier auf:

.....



Haben Sie E-Mail?

Dann schreiben Sie bitte hier Ihre E-Mail-Adressen auf:

E-Mail:

E-Mail:



Vielleicht können wir Sie nirgends erreichen.

Bitte nennen Sie uns noch eine andere Person.
Zum Beispiel einen Großvater oder eine Tante.

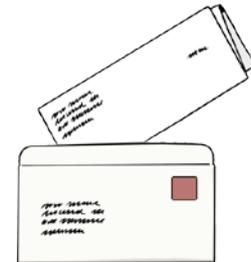


Name:

Straße:

Post-Leitzahl und Ort

Telefon:



Wir müssen wissen, ob Ihr Kind gesund ist.

Hat es eine chronische Krankheit
oder eine Behinderung?

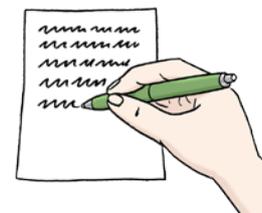


Bitte kreuzen Sie an, was für Ihr Kind stimmt:

- Unser Kind ist gesund.
- Unser Kind trägt eine Brille.
- Unser Kind kann nicht
bei allen Sport-Arten mitmachen.
- Es darf nicht schwimmen.
- Unser Kind hat eine chronische Krankheit. Zum Beispiel:
 - Ein Herz-Leiden,
 - Asthma,
 - Diabetes,
 - Eine Allergie,
 - Ein Augen-Leiden,
 - Anfälle,
 - ADHS,
 - Ess-Störungen.



Bitte schreiben Sie hier auf,
welche Probleme Ihr Kind hat:



.....

.....

.....

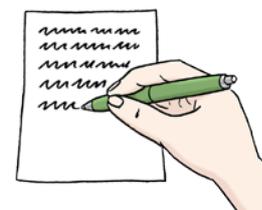
○ **Unser Kind hat eine Behinderung.**

Zum Beispiel:

- Es hat eine Körper-Behinderung
- Es sitzt im Rollstuhl
- Es hat eine Seh-Behinderung
- Es ist blind
- Es hat eine Hör-Behinderung
- Es hat Lern-Schwierigkeiten



Bitte schreiben Sie hier auf,
welche Behinderung Ihr Kind genau hat:



.....

.....

Bitte schreiben Sie auf:

Wie lange hat Ihr Kind diese Krankheit
oder Behinderung schon?

.....

**Was muss Ihr Kind machen,
wenn die Krankheit schlimmer wird?**

Zum Beispiel:

Wenn es manchmal einen Asthma-Anfall bekommt.
oder Krämpfe.

Bitte schreiben Sie es auf:

.....
.....



Weiß Ihr Kind selber,
wann die Krankheit schlimmer wird?
Zum Beispiel beim Sport
oder bei bestimmtem Essen?

ja nein



Weiß Ihr Kind selber, was es dann tun muss?

ja nein

Bitte schreiben Sie auf:

Das ist für unser Kind wichtig,
wenn seine Krankheit schlimmer wird:

.....
.....



Unser Kind muss regelmäßig Medikamente nehmen.

Am Ende von diesem Schreiben ist ein Plan
für die Medikamente.

Geben Sie den Plan Ihrem Arzt.

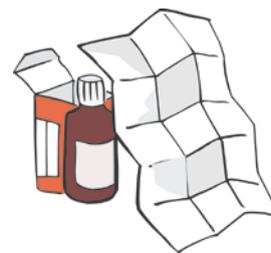
Er soll den Plan sorgfältig ausfüllen.



Manchmal haben Medikamente Neben-Wirkungen.

Zum Beispiel: Sie machen müde.

Bitte geben Sie uns deshalb auch die Beipack-Zettel von den Medikamenten.



Das ist noch wichtig bei Medikamenten:

Bitte kreuzen Sie an, was für Ihr Kind gilt:

- Wir geben unserem Kind ein paar leichte Medikamente mit.

Zum Beispiel gegen Kopf-Schmerzen oder Übelkeit.

Unser Kind weiß, wann es ein Medikament nehmen darf.

Und wie viel es nehmen darf.

Unser Kind weiß,

dass es anderen Kindern kein Medikament geben darf.



- Unser Kind nimmt regelmäßig Medikamente.

Es hat seine Medikamente dabei.

Es nimmt sie eigen-verantwortlich selbst ein.

Unser Kind weiß, wie die Medikamente wirken.

Es weiß, wie viele es nehmen muss.



- Unser Kind braucht regelmäßig Medikamente.

Wir geben die Medikamente bei der Ankunft der Freizeit-Leitung.

Die Freizeit-Leitung soll bitte dafür sorgen, dass das Kind die Medikamente richtig einnimmt.

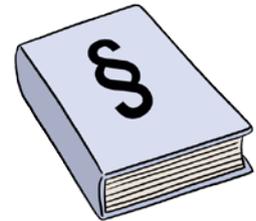


Diese Freizeit-Gruppe fährt ins Ausland.

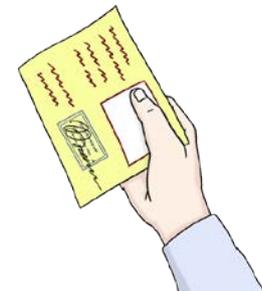
Das Land gehört nicht zur Europäischen Union.
Oder die Reise dauert länger als 30 Tage.



Dann gelten bestimmte Gesetze für Medikamente:
Das Betäubungs-Mittel-Gesetz Paragraf § 4
Absatz 1 Nummer 4b und
die Betäubungsmittel-Außenhandels-Verordnung
Paragraf § 15 Absatz 1.



Deshalb braucht Ihr Kind vielleicht
eine Extra-Bescheinigung für einige Medikamente.
Die Bescheinigung heißt:
Bescheinigung nach Artikel 75
des Schengener Durchführungs-Abkommens.



Wir legen Ihnen ein Formular dafür bei.
Der Arzt von Ihrem Kind soll das Formular
bitte ausfüllen.

Dieses Formular müssen Sie der Reise-Leitung
vor der Reise geben.

Sonst kann Ihr Kind nicht mit fahren.

- Ja, wir geben das Formular beim Reise-Beginn
der Reise-Leitung.

**Vielleicht braucht die Freizeit-Leitung
noch mehr Informationen zu den Medikamenten.**

Dann ruft die Evangelische Jugend
oder die Freizeit-Leitung bei Ihnen an.



Das ist wichtig:

Die Freizeit-Leitung darf Ihrem Kind keine anderen Medikamente geben. Nur die Medikamente auf der Liste vom Arzt.

Oder Medikamente, die ein Arzt am Urlaubs-Ort verschrieben hat.

Sie erklären:

- Unser Kind ist jetzt gesund.
- Es hat **keine** ansteckende Krankheit.

Wie zum Beispiel:

- Masern,
- Windpocken,
- Röteln,
- Keuchhusten,
- Scharlach

- Unser Kind hat auch keine Läuse.

Vielleicht wird unser Kind in den letzten 6 Wochen vor der Fahrt noch krank.

Oder es bekommt Läuse.

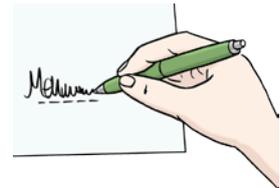
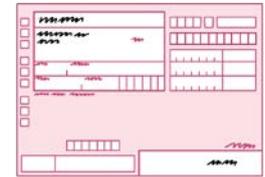
Oder jemand aus der Familie wird krank.

Oder hat Läuse.

Dann melden wir uns sofort bei der Evangelischen Jugend.

Unser Kind kann dann nicht an der Freizeit teilnehmen.

Wenn unser Kind auf der Freizeit eine ansteckende Krankheit bekommt, muss es heimfahren.



Wenn das Kind im Urlaub zum Arzt muss

Wenn Ihr Kind in der Freizeit krank wird,
ruft die Freizeit-Leitung zuerst bei Ihnen an.
Sie besprechen gemeinsam, was geschehen soll.
Erst dann geht das Kind zu einem Arzt
am Urlaubs-Ort.



Vielleicht kann die Freizeit-Leitung
Sie nicht erreichen.



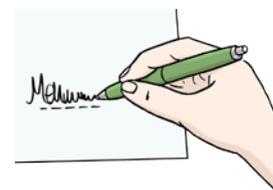
Dann geht jemand mit dem Kind zu einem Arzt
am Urlaubs-Ort.

Vielleicht hat Ihr Kind einen Unfall
und muss ins Krankenhaus.

Dann ruft die Freizeit-Leitung sofort bei Ihnen an.



Vielleicht kann die Freizeit-Leitung Sie
nicht erreichen.



Dafür erklären Sie:

Wenn die Freizeit-Leitung uns nicht erreicht, gilt:
Der Arzt darf unserem Kind eine notwendige Impfung geben.
Zum Beispiel eine Tetanus-Impfung.
Der Arzt darf unser Kind behandeln.



Das ist die Kranken-Kasse von unserem Kind:

Name von der Kranken-Kasse:

.....

Versicherungs-Nummer



Das ist der Arzt von unserem Kind:

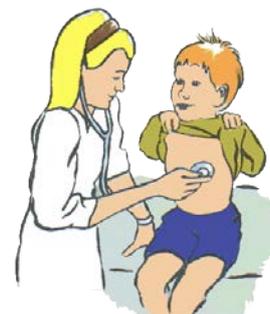
Name:

Straße:

.....

Post-Leitzahl und Ort:

Telefon:



Geben Sie Ihrem Kind den Impf-Pass mit!

Erste Hilfe durch die Freizeit-Leitung

Die Freizeit-Leitung leistet bei einem Unfall
Erste Hilfe.

Manchmal kann sie auch kleine Wunden behandeln.
Dann muss das Kind nicht zum Arzt
oder ins Kranken-Haus.



Das darf die Freizeit-Leitung aber nur,
wenn Sie es erlauben.

Die Freizeit-Leitung muss es aber nicht tun.

Bitte kreuzen Sie an Ja oder Nein:

Die Freizeit-Leitung darf:

- Offene Wunden mit einem Desinfektions-Mittel behandeln.

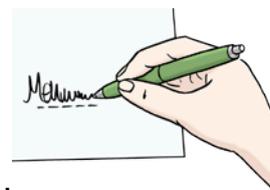
ja nein

- Holz-Splitter und Glas-Scherben
aus der Haut entfernen.

Mit einer Pinzette

ja nein

Danach darf die Freizeit-Leitung die Wunde
mit einem Desinfektions-Mittel behandeln.



- Zecken aus der Haut entfernen.

Mit einer Zecken-Pinzette.

- ja nein

Danach darf die Freizeit-Leitung die Wunde mit einem Desinfektions-Mittel behandeln.

Das ist noch wichtig:

Gibt es noch etwas, was die Freizeit-Leitung wissen muss?

Zum Beispiel:

- Unser Kind interessiert sich besonders für Pferde.
- Es kann besonders gut schwimmen.
- Es verträgt keine Nüsse oder Eier.
- Es hat Angst vor großen Hunden.



Wir müssen solche Dinge wissen.

Dann können wir uns besser um Ihr Kind kümmern.

Bitte schreiben Sie hier auf:

Diese Dinge über unser Kind soll die Freizeit-Leitung wissen:



.....

.....

.....

Wichtig:

Vielleicht ändert sich vor der Fahrt noch etwas bei Ihnen oder Ihrem Kind.

Dann sagen Sie der Evangelischen Jugend sofort Bescheid.



Zum Beispiel:

- Sie ziehen um.
- Sie haben eine neue Telefon-Nummer
- Ihr Kind wird krank.
- Ihr Kind braucht andere Medikamente.



Bitte unterschreiben Sie hier:

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift von der Mutter oder dem Vater

.....
Oder Unterschrift von dem Menschen,
der für das Kind Sorge-berechtigt ist.

Das nächste Blatt ist der Plan für die Medikamente.

Geben Sie ihn dem Arzt.

Er soll ihn bitte ausfüllen.

Und schicken Sie das Blatt mit diesem Frage-Bogen
an die Evangelische Jugend.

Grafiken:

© Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.,
Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

© Valuing People clipart collection <http://www.valuingpeopleclipart.org.uk/>

Bild: Medikamente mit Beipackzettel: © Reinhild Kassing

© European Easy-to-Read Logo: Inclusion Europe. More information at www.inclusion-europe.org/etr

In Leichte Sprache übertragen von Holtz & Faust GbR

Internet www.holtz-und-faust.de

Mitglied im Netzwerk Leichte Sprache

Auf Lesbarkeit geprüft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Westfalenfleiß gGmbH,
Münster

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)				

Im Hinblick auf Wechselwirkungen mit den oben angegebenen Medikamenten darf Alkohol konsumiert werden: ja nein

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?: Ja Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür?: _____

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür? _____

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des behandelnden Arztes