

Anfrage- / Buchung für Betreuung / am / - DL-ORT: _____

1. Daten der/des Erziehungsberechtigten:		KD.-Nr.:
Elternname/Adr.:	PLZ:	Ort:
Wohnanschrift:	PLZ:	Ort:
Eltern-Telefon:	Mobil:	Email:
* Weitere Ansprechpartner vor Ort: (Infos dazu: _____)		
Name:	Vorname:	
Adresse:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Mobil:	Email:
2. Betreuungs-/Versorgungsanweisung/-Wünsche:		
<input type="checkbox"/> Verpflegung		
<input type="checkbox"/> Essen/Trinken ist dabei/wurde vorbereitet <input type="checkbox"/> kochen/erwärmen <input type="checkbox"/> kaltes Essen <input type="checkbox"/> siehe schriftlicher Extra-Anweisung		
<input type="checkbox"/> Hygiene (Baden/Duschen/Wickeln...)		
<input type="checkbox"/> Utensilien stehen bereit/werden mitgegeben <input type="checkbox"/> siehe schriftlicher Extra-Anweisung		
<input type="checkbox"/> Kleidung		
<input type="checkbox"/> Wechselkleidung liegt bereit/wird mitgegeben <input type="checkbox"/> siehe schriftlicher Extra-Anweisung		
<input type="checkbox"/> Shuttleservice	<input type="checkbox"/> Hinfahrt	Zeit: <input type="checkbox"/> Abholung
		Zeit: <input type="checkbox"/> Adresse:
<input type="checkbox"/>		

3. Daten der/des _____ zu Betreuenden:			
Name der/des zu Betreuenden:	Vorname:	Geb.:	Alter: J.
A. Medizinische Daten:			
Krankenversicherungsnr./-Karte:	Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> KV-Zus.Vers. KV-Ort:	
Hausarzt/ Kinderarzt /Adr./Tel: _____			
Krankheiten aktuell/Vorerkrankungen: _____			
Zeckenschutzimpfung wirksam <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tetanusimpfung wirksam <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Impfpass dabei/liegt bereit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Allergien/inkl. Lebensmittelallergien: _____			
Unbedingt beachten:			
Medikation:			
<input type="checkbox"/> Medikamente werden mitgegeben/ liegen bereit im _____		<input type="checkbox"/> nächste Apotheke:	
<input type="checkbox"/> der/die zu Betreuende kann selbständig seine Medikamente nehmen/anwenden			
<input type="checkbox"/> der/die zu Betreuende braucht etwas Unterstützung/Erinnerung			
<input type="checkbox"/> der/die zu Betreuende muss an die Medikamente erinnert / <input type="checkbox"/> die Einnahme muss überwacht werden			
Notfallmedikation: _____			
<input type="checkbox"/>			
B. Wesen-/Wissensdaten: Unbedingt beachten: _____			
Ängste:			
Befürchtungen: _____			
Erwartungen: _____			
Verhalten:			
<input type="checkbox"/> unzugänglich (schwer erreichbar/schüchtern) <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> altersentsprechend <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> aufgeschlossen <input type="checkbox"/> neugierig <input type="checkbox"/> sehr wissbegierig <input type="checkbox"/> vorlaut <input type="checkbox"/> gruppenfähig <input type="checkbox"/> Einzelgänger /in <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> zuverlässig <input type="checkbox"/> ehrlich <input type="checkbox"/> Notlügen manchmal <input type="checkbox"/> unzuverlässig/unehrlich/Aussagen überprüfen <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> vorsichtig <input type="checkbox"/> unvorsichtig <input type="checkbox"/> genau aufpassen und genaue Erklärungen nötig <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> schnelle Auffassungsgabe <input type="checkbox"/> gute Auffassungsgabe <input type="checkbox"/> konzentriert <input type="checkbox"/> durchschnittlich intelligent <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> entwicklungsverzögert <input type="checkbox"/> unkonzentriert <input type="checkbox"/> nervös/ unruhig <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten/lermbehindert <input type="checkbox"/>			

Bitte füllen Sie diesen **Bogen genau aus**, vor allem die **medizinischen Informationen** und **Wesensdaten** des/der zu Betreuenden!
 Weiterhin muss eine **Ansprechperson*** am Tage/in der Nacht der Betreuung zu erreichen sein, sollten **Fragen** oder **Probleme** auftreten (wie z.B. plötzliche Erkrankung, Heimweh, Angstzustand, Schlafprobleme, Aggressionen, ...). Sind die **Schwierigkeiten vor Ort nicht lösbar**, behalten wir uns vor, bei **medizinischen Fragen/Notfällen** einen **Arzt aufzusuchen/zu rufen**, bzw. die zu Betreuende Person von Ihnen abholen zu lassen, oder Sie - im eigenen Interesse - zur Rückkehr zu verpflichten. Dadurch entstehende Kosten (Fahrkosten, bzw. Medikation etc.) müssen ersetzt werden!
 Nach **Prüfung dieses Bogens** behalten wir uns vor, Betreuungspersonen anzunehmen oder abzulehnen. Sehen Sie dies bitte nicht als Wertung, sondern als **Grundlage zur Aufsichtspflichterfüllung**. Bitte nutzen für weitere oder längere Erläuterungen die Rückseite dieses Formulars, **sowie für weitere zu betreuende Personen einen Zusatzbogen. Es werden noch Bögen beigelegt.**
Den Teilnehmerbogen habe ich/haben wir gewissenhaft ausgefüllt, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und NICHTS, was zur Erfüllung der Aufsichtspflicht durch Firma Michaela Hirsch Dienstleistungen nötig ist, verschwiegen. Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir über den Aufenthalt des Kindes bestimmen kann/können (Aufenthaltsbestimmungsrecht/elterliche Sorge), bzw. mir/uns das Einverständnis der Eltern/Erziehungsberechtigten vorliegt, und diese wissen, wo sich Ihr Kind am Tage der Betreuung aufhält.
 Ort: _____, den

X _____ X _____ X _____

Unterschrift d. Kundin/Kunden Unterschrift Erziehungsberechtigte/r Unterschrift Michaela Hirsch Stand: 17.02.10