

Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Name: _____

Sie wurden sicher schon über die geplante Veranstaltung mit dem Wildnisteam informiert. Somit wissen Sie, dass auf Ihre Tochter/Ihren Sohn einige Aktivitäten zukommen werden, bei denen er/sie nicht nur geistig, sondern auch körperlich gefordert werden. Das Wildnisteam führt seit 2017 regelmäßig solche Aktivitäten durch: Infos unter www.wildnisteam.de. Für unsere Planung hat es sich bewährt, die Erziehungsberechtigten um eine gesundheitliche Auskunft zu bitten:

Ihre Tochter / Ihre Sohn wird z.B. möglicherweise:

- auf unebenem Untergrund (z.B. Waldboden, Wiese) gehen mit Isomatte und Schlafsack draußen übernachten
- mit verbundenen Augen gehen
- Speisen auf dem Gaskocher kochen und zubereiten
- Schnitzen und sich dreckig machen sich am Seil gesichert in mehrere Meter Höhe begeben (z.B. Kletterfelsen / Baum besteigen)

So, wie wir diese Aktivitäten durchführen, sind sie für alle Teilnehmer, egal was sie für Voraussetzungen mitbringen, im Team gut machbar. Wir möchten jedoch möglichst vollständig über Ihre Beeinträchtigungen Bescheid wissen, damit wir die Aktivitäten entsprechend anpassen können.

Bitte füllen Sie die **Gesundheitserklärung** sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage.
Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Leidet Ihre Tochter / Ihre Sohn an einer der folgenden Beschwerden?

Wenn ja, wie stark wird sie/ihn dies bei oben genannten Tätigkeiten beeinträchtigen?

- | | keine Beschwerden | geringe Beschwerden | starke Beschwerden | keine Beeinträchtigung | geringe Beeinträchtigung | starke Beeinträchtigung |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Herzbeschwerden, Herzerkrankungen, zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asthma, Bronchitis oder sonstige Erkrankungen der Atemwege? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Probleme infolge von Verletzungen oder Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Beschwerden an der Wirbelsäule, Gelenkprobleme, Spastik)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes oder sonstige Stoffwechselerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufig starke Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwindelzustände, Tinnitus (Ohrgeräusche)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Allergien (z.B. gegen Blütenstaub, Nahrungsmittel, Insektenstiche, Medikamente)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • eine Infektionskrankheit oder ist sie/er Überträger einer solchen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Probleme infolge von zurück liegenden Operationen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Geistige Beeinträchtigungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nimmt sie/er regelmäßig besondere Medikamente ein?

NEIN JA

Wenn ja, welche?

Falls Sie „geringe“ oder „starke Beeinträchtigung“ angekreuzt haben, so sprechen Sie bitte mit uns, damit wir eine Lösung finden.

Bei Kletter- etc. – Aktionen: Ist sie/er schwindelfrei?

NEIN NAJA JA

Bei Zeckenbissen: Darf die Zecke vor Ort von einem in der 1. Hilfe ausgebildeten Mitarbeiter des Wildnisteams entfernt werden (ein Zeckenbiss wird dokumentiert)?

(Aufgrund der Wahrscheinlichkeit der Borreliose sollte eine Zecke schnellstmöglich entfernt werden um eine eventuelle Übertragung der Bakterien zu vermeiden!). Bei Nein wird das Kind zu einem Arzt gebracht und sie erhalten anschließend Informationen von uns.

Bestehen weitere Beeinträchtigungen bzw. werden Hilfsmittel benötigt, über die wir unterrichtet sein sollten? Wenn ja, bitte beschreiben:

Name, Adresse und Telefonnummer von Angehörigen (erreichbar während der Veranstaltung):

Name: _____

Adresse: _____

Telefon, ggf. Mobiltelefon: _____

Ich erkläre die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Wenn sich nach dem Ausfüllen des Bogens Veränderungen ergeben, so teile ich dies dem Wildnisteam mit.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____