

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Aufnahmeantrag für das Schuljahr 2019 / 2020

Hiermit melde ich mein Kind _____ verbindlich für die:

Schulabschlussbetreuung in der Zeit von: Mo von _____ bis _____ Uhr
Di von _____ bis _____ Uhr
Mi von _____ bis _____ Uhr
Do von _____ bis _____ Uhr
Fr von _____ bis _____ Uhr

Ferienbetreuung:

- Herbstferien 07.10. - 11.10.2019
14.10. - 18.10.2019
- Winterferien 03.02. – 07.02.2020
- Osterferien 14.04. – 17.04.2020
- Sommerferien
 - 29.06. – 03.07. (1. Ferienwoche)
 - 06.07. -- 10.07. (2. Ferienwoche)
 - 13.07. – 17.07. (3. Ferienwoche)
 - 20.07. – 24.07. (4. Ferienwoche)

an.

Die Anmeldung erfolgt durch mich gegenüber der Oberlinhaus gGmbH/ Lebenswelten verbindlich. Eine beidseitige Verbindlichkeit kommt erst nach schriftlicher Zusage durch die Oberlinhaus gGmbH und mit Unterzeichnung des Betreuungsvertrages¹ zwischen mir/uns und dem Oberlinhaus zu Stande.

Betrifft Folgeantrag:

Wir bestätigen, dass die persönlichen Angaben zur Person (Anschrift, Telefon, Krankheitsbild) vom Erstantrag aktuell und wahrheitsgetreu sind und verpflichten uns ggf. alle Veränderungen sofort mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte_r

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Informationen zum Kind/ Jugendlichen

Liebe Eltern,

wir freuen uns, dass Sie sich dafür entschieden haben, Ihr Kind von uns nach der Schulzeit oder in den Ferien betreuen zu lassen!

Damit wir unsere Betreuung und unsere Angebote im Sinne aller Kinder und Jugendlichen planen können, benötigen wir Ihre

Unterstützung! Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen zusammen mit dem Anmeldeformular

ausgefüllt an uns zurück zu senden.

Herzliche Grüße und ein Dankeschön vorab!

Vorbemerkung

Es werden nur die Daten abgefragt, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung der notwendigen individuellen Unterstützung des behinderten Kindes bzw. Jugendlichen erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Die Daten werden vertraulich und sorgsam unter Beachtung des Datenschutzes verwendet und dienen der bestmöglichen Förderung und alltäglichen Betreuung. Auch bei einer möglichen Nichtaufnahme bzw. Beendigung der Leistung unterliegen die Mitarbeitenden der Schweigepflicht. Eine Weitergabe (Übermittlung) der uns anvertrauten Daten erfolgt immer nur mit der Einwilligung der Sorgeberechtigten, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen	
--	--

1. Angabe zum Kind/ Jugendlichen

Geburtsdatum:

amtlich gemeldete Adresse:

Telefon der Eltern/ Personensorgeb.: Mutter..... Vater

Im Notfall zu benachrichtigende Person:

Verhältnis zum Kind (Oma, Tante, etc.): Telefon:

E-Mail:

2. Angabe zum derzeitigen Schulbesuch

Name der Schule/ ggf. Ansprechpartner_in:

Klasse :

Es erfolgt der Schulbesuch ohne oder mit integrativer Förderung nach dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt:

-
-

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

3. Angabe zur Gesundheit/ Behinderung/ Hilfebedarf

Welche med. Diagnose liegt vor?

(wenn bekannt die medizinische Bezeichnung nennen)

.....
(Bei einer Diagnose im Bereich Autismus-Spektrum-Störungen füllen Sie bitte die Anlage aus!)

Nimmt das Kind/ der Jugendliche Medikamente?

nein

ja, wenn ja, gibt es Besonderheiten bei der Medikamentenvergabe (z.B. verkleinert, nur in Verbindung mit bestimmten Lebensmittel, vor oder nach dem Essen etc.)?

.....

Wenn die Einnahme von Medikamenten im Betreuungszeitraum notwendig ist, muss mit Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes die Medikamentengabe, einschließlich der Dosierung bestätigt werden. Diese ist VOR Aufnahme zu übergeben. Dieses gilt auch für eine evtl. Bedarfsmedikation (einschließlich Nasentropfen, etc.)

Weitere wichtige medizinische Informationen:

Das Kind/ der Jugendliche ist nicht geimpft ist lt. Empfehlungen geimpft.

Hat das Kind/ der Jugendliche Allergien?

(z.B. Medikamente, Lebensmittel oder deren Inhaltsstoffe)

nein

ja, reagiert allergisch auf

.....
.....

Hat das Kind/ der Jugendliche eine Epilepsie?

nein

ja, **dann bitte nachfolgende Unterpunkte ausfüllen** Art der Epilepsie (wenn bekannt, medizinische Bezeichnung)

.....
.....

Beschreiben Sie bitte den Verlauf eines Anfalls (Signale, Dauer, Häufigkeit etc.)

.....
.....

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Ist bei einem Anfall eine Arztkonsultation erforderlich?

- nein
- ja, dann bitte den Namen und die Telefonnummer des Arztes angeben:

.....

.....

Notfallmedikament nach welcher Zeit ?

.....

Wie reagiert das Kind/ der Jugendliche nach der Gabe des Notfallmedikaments?

.....

Gibt es außer der Gabe eines Notfallmedikaments Verhaltensweisen der Mitarbeiter, die für das Kind/ den Jugendlichen hilfreich sind?

.....

Wird das Kind/ der Jugendliche bei der Atmung unterstützt?

- nein
- ja,
 - ist Asthmatiker
 - inhaliert aufgrund von Asthma, Husten und/oder Verschleimung
 - benötigt eine Überwachung der Sauerstoffsättigung

Neigt das Kind/ der Jugendliche in bestimmten Situationen zu erhöhter Temperatur, Unterkühlung oder erhöhter Transpiration (Schwitzen)?

- nein
- ja, in folgenden Situationen:

.....

.....

Weitere wichtige medizinische Informationen, wie Herzschrittmacher, Herzfehler, Bluter, Shunt, Sonde, Diabetes die noch nicht oder nachfolgend nicht erwähnt werden

.....

.....

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Informationen zur Grundpflege:

	Selbstständig	Vollständige Hilfe	Unterstützung, wie nachfolgend angegeben
bei der Intimhygiene/ Nutzung von Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bei der Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Besonderheiten und Bemerkungen im Hinblick auf die persönliche Pflege (z.B. Pflegeprodukte, kinästhetisches Handling etc.)

.....

.....

Besonderheiten/Vorlieben in Bezug auf die Kleidung (z.B. besonders warm oder luftig anziehen usw.)

.....

.....

Lagerung/ Ruhen

Besondere Ausruhgewohnheiten/ erforderliche Lagerungsunterstützung (Lagerungshilfsmittel, Polsterung, Unruhe)

.....

.....

„Unterstützende Rituale“ (z.B. Musik, Geschichte, Bezugsspiel,)

.....

.....

Welche Probleme sind in einem fremden Umfeld aufgetreten (z.B. Weglaufen, Schreien) und wie konnte interveniert werden?

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

.....
.....

Kann sich das Kind/ der Jugendliche in einem fremden Umfeld orientieren?

- ja
- nein, das Kind benötigt Hilfestellungen. Hilfestellungen könnten wie folgt aussehen:

.....
.....

Gab es traumatische Erlebnisse oder Ereignisse im Leben?

- nein
- ja, wenn ja, wie äußern sich diese und welche Interventionsmöglichkeiten können bei Bedarf angeboten werden?

.....
.....

Essen und Trinken

Muss eine bestimmte Diät gehalten werden?

- nein
- ja, wenn ja, dann bitte den Diätplan beifügen

Ist eine Essenbegrenzung wegen des Übergewichts erforderlich?

- nein
- ja, die Ernährung sollte wie folgt aussehen

.....
.....

Wird Sondenkost verabreicht?

- nein
- ja, wie Schwerpunkt, Pumpe

Flüssigkeitszufuhr zwischen den Mahlzeiten o.a.:

.....
.....

Wenn ja, bitte legen Sie den Sondenplan bei!

Hat das Kind/ der Jugendliche Schluckstörungen?

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

nein

ja, die Esstherapie sieht Folgendes vor:

.....

.....

Besondere Essgewohnheiten:

Darf Fleisch gegessen werden

nein

ja

Darf Schweinefleisch gegessen werden

nein

ja

Weitere Besonderheiten:

.....

.....

Wie soll das Essen zubereitet werden?

- keine Hilfe erforderlich
- passierte Kost
- zerdrückte Kost
- Hilfe bei der Essensübergabe
- Hilfe beim Brote schmieren
- geschnittenes Fleisch

Was isst das Kind/ der Jugendliche gern, ungern oder gar nicht?

Gern:

.....

.....

Ungern:

.....

.....

Gar nicht:

.....

.....

Ausscheidungen

Der Toilettengang erfolgt

- selbstständig
- nach Erinnerung
- mit Unterstützung
- wegen der Inkontinenzversorgung in Begleitung, denn das
- trägt ständig aufsaugende Inkontinenzvorlagen

Kind/ der Jugendliche

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

- benötigt zusätzlich ableitende Inkontinenzmittel

Wie macht der Jugendliche auf sein Bedürfnis aufmerksam?

.....
.....

Sind Besonderheiten bei der Inkontinenzversorgung (Stuhlregulierung, mechanische oder medikamentöse Darmentleerung u.a.) zu beachten?

.....
.....

4. Angaben zu den Kompetenzen

Beweglichkeit und Mobilität

Die Geh-/Stehfähigkeit ist eingeschränkt:

- nein ja
- ist Rollstuhlfahrer und muss geschoben werden
 - ist Rollstuhlfahrer und kann sich selbständig fortbewegen
 - benötigt beim Gehen Hilfe
 - kann kurze Strecken gehen
 - ist unsicher beim Gehen

Beweglichkeit der Hände

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> rechts uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> geht gar nicht | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> mit Handführung |
| <input type="checkbox"/> links uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> geht gar nicht | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> mit Handführung |
| <input type="checkbox"/> beidseits uneingeschränkt | <input type="checkbox"/> geht nicht | <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> mit Handführung |

Welche Hilfsmittel werden benutzt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl ohne angepasster Sitzschale | <input type="checkbox"/> Rollstuhl mit angepasster Sitzschale |
| <input type="checkbox"/> mit Teilfixierung im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehhilfen |
| <input type="checkbox"/> Lagerungsschienen > <input type="checkbox"/> tragen am Tag erforderlich | |
| <input type="checkbox"/> Orthesen > <input type="checkbox"/> tragen am Tag erforderlich | |

Gibt es im Hinblick auf die Mobilität besondere Wünsche oder sind (neuro) orthopädische Besonderheiten zu beachten?

.....
.....

Kommunikation und Sinne

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Kann das Kind/ der Jugendliche sprechen?

- nein
- ja
 - kann nicht sprechen
 - ist schwer zu verstehen
 - hat einen geringen Wortschatz
 - teilt sich überwiegend auf andere Art und Weise mit (Gebärden, Mimik, Gestik)
 - benutzt Hilfsmittel (Talker, Ja /Nein Karten, sonstiges), bitte benennen:

.....

Kann das Kind/ der Jugendliche hören?

- nein
- ja
 - ist schwerhörig
 - ist besonders lärmempfindlich
 - trägt Hilfsmittel (Hörgerät, CI), welche:.....

Kann das Kind/ der Jugendliche sehen?

- nein
- ja
 - benutzt Hilfsmittel nein ja (bitte angeben)
 - muss eine Brille tragen
 - trägt Kontaktlinsen
 - muss eine Brille nicht immer tragen, sondern nur:

.....

Sonstige Beeinträchtigungen der Wahrnehmung oder Wahrnehmungsverarbeitung (z.B. Schmerzempfindlichkeit, Schmerz- und Temperaturunempfindlichkeit)

.....

.....

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Für den Akutnotfall sind die Angaben der Eltern / Personensorgeberechtigten erforderlich

Krankenversicherungsnummer:.....

Name der Krankenkasse (KK):

***in unabweisbaren Akutsituationen erfolgt die sofortige Benachrichtigung der
sorgeberechtigten Eltern***

Im Notfall soll informiert werden:

Telefon:

Fax/ Email:

Im Notfall soll alternativ informiert werden:

Telefon:

Fax/ Email:

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben und nehmen zur Kenntnis, dass mögliche wichtige gesundheitliche Veränderungen unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt werden müssen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Anlage 1

Informationsbogen für Kinder und Jugendliche mit Autismus- Spektrum- Störungen

Wie spiegelt sich die Diagnose im Verhalten wieder (kurze Beschreibung)?

.....
.....
.....

Welche Angebote werden bevorzugt/ geben Sicherheit?

.....
.....

Welche Stereotypen und/ oder herausfordernden Verhaltensweisen zeigt Ihr Kind?

zeigt selbstverletzende Verhaltensweisen:

.....

zeigt fremdverletzende Verhaltensweisen:

.....

andere herausfordernde Verhaltensweisen (z.B.Weglauftendenzen, Spucken, Ruminieren; Zerstören von Gegenständen, Kot schmieren, etc.):

.....

Wie bewegt sich Ihr Kind in der Gruppe?

unauffällig

Gruppen ab Kindern/ Jugendlichen bereiten Schwierigkeiten wie folgt:

.....
.....

muss 1:1betreut werden:

im Haus

außer Haus

Anmerkungen:

Aufnahmeantrag Schulabschluss- und Ferienbetreuung

Wie ist die Beziehungsgestaltung? Wie kommuniziert Ihr Kind? Welche Formen der unterstützten Kommunikation kennt es bereits (z.B. PECS im Ansatz, Sprache, nonverbal durch Zeigen, Führen, Mimik, Gestik)? Wie macht er/ sie auf Bedürfnisse aufmerksam?

.....
.....
.....

Welche Rituale sind bei der Vergabe von Medikamenten (evtl. Notfall/ Beruhigungsmedikation), in Essenssituationen (Übersicht der Speisen auf dem Teller, Vorlieben) und in Pausensituationen neben dem Vorgenannten zusätzlich zu beachten?

.....
.....
.....
.....
.....

Wie ist der Orientierungssinn ausgeprägt? Welche Strecken legt Ihr Kind zu Fuß/ mit dem Rollstuhl zurück? Welche Erfahrungen gibt es in fremder Umgebung und im Straßenverkehr?

.....
.....
.....

Welche sensorische Empfindlichkeiten zeigt Ihr Kind (z.B. auditive Über-, Unterempfindlichkeiten / Geräusche, visuell, taktil, Geruch, Geschmack etc.)?

.....
.....
.....

Wie kann Ihrem Kind in Belastungssituationen geholfen werden?

.....
.....
.....