

Teilnahmebogen für Reisen Kinder

(Bitte gut lesbar ausfüllen)

Persönliche Daten

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Reiseziel: _____

Bitte Foto einfügen!

Art der Behinderung:							
						Ja	Nein
Schwerbehindertenausweis? _____ Grad der Behinderung						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B im Ausweis?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertmarke vorhanden						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegegrad:	Kein Pflegegrad <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
Name der Krankenkasse:				Krankenversicherungsnummer:			

Besonderheiten:	Ja	Nein
Epilepsie Wann war der letzte Anfall: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien/ Unverträglichkeiten Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt Ihr Kind zu Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie alle Fragen, damit wir gut planen können. Vielen Dank

Hilfsmittel	Ja	Nein		Ja	Nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, umsetzen in den Bus möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletten/Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen oder Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Einzelbetreuung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil, _____		
Medikamente	Ja	Nein
Nimmt Ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die für mein Kind notwendigen Medikamente durch die Reisebegleitungen gegeben werden. Das erfolgt <u>nur</u> nach der aktuellen ärztlichen Medikamenten-Verordnung und mit den Reiseunterlagen abgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WICHTIG! Bitte fügen Sie die aktuelle Medikamentenverordnung bei.		

Sprache	Ja	Nein
Kann Ihr Kind sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind alles verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind Bedürfnisse deutlich machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilität	Ja	Nein
Kann Ihr Kind alleine gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennt und beachtet Ihr Kind Verkehrsregeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benötigt Ihr Kind Hilfe	Ja	Nein
- beim An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Beim Essen und Trinken - pürierte Kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Essen zerkleinern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Essen anreichern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Umgang mit Taschengeld Sollte dies eingeteilt werden, wenn ja in welcher Höhe? € / Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwimmen		Ja	Nein
Kann Ihr Kind schwimmen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Ihr Kind Handreichung im Wasser?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Ihr Kind Schwimmhilfen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Was sollte die Begleitung unbedingt wissen? • Gewohnheiten beim Schlafen • Wie kann eine Begleitung Bedürfnisse, Unwohlsein oder Schmerzen erkennen? • Was mag Ihr Kind gerne? • Was mag Ihr Kind gar nicht? • Was möchten Sie uns noch mitteilen? 			

Wichtige Adressen

1. Eltern	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon	
Mobil:	
Fax, E-Mail:	
2. Hausarzt	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	

Wichtige Information:

Alle Angaben sind nur für die Reisebegleitungen notwendig und werden in keinem Fall weiterverwendet.

Erlaubnis für Fotos für _____

Wenn mein Kind eine Reise mit der Lebenshilfe Braunschweig macht, dürfen Fotos von meinem Kind gemacht werden.

ja nein

Wenn ja, dürfen diese Fotos

➤ auf eine CD / Stick für die Reisegruppe gespeichert werden. Diese erhalten Sie nach der Reise.

ja nein

➤ in unseren Katalogen und Heften gezeigt werden

ja nein

➤ auf der Homepage der Lebenshilfe gezeigt werden

ja nein

Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass mein Kind sonst die Reise nicht mitmachen kann oder früher abgeholt werden muss. Die Reisekosten muss ich trotzdem bezahlen.

Ort

Datum

(Erziehungsberechtigte:r)

**Informationsblatt gemäß Art. 13 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung
(EU DS-GVO)**

Die Wahrung der Transparenz bei der Datenverarbeitung ist für die Lebenshilfe Braunschweig von besonderer Bedeutung. Wir informieren Sie daher gern wie folgt:

Verantwortliche Stelle	Lebenshilfe Braunschweig e.V. Fabrikstraße 1 F, 38122 Braunschweig
Datenschutzbeauftragter	ubb GmbH Unternehmensberatung Beugholt Walter-Bröker-Ring 8, 32756 Detmold 05231 709344 mail@ubb.gmbh
Zweck der Verarbeitung	Die Daten, die wir von Ihnen zur Planung und Durchführung von Freizeit- und Reiseangeboten erhalten, werden wir grundsätzlich nur für diese Zwecke verarbeiten. Eine Datenverarbeitung zu anderen Zwecken kommt nur dann in Betracht, wenn die insoweit erforderlichen rechtlichen Vorgaben gemäß Art. 6 Abs. 4 DSGVO vorliegen. Etwaige Informationspflichten nach Art. 13 Abs. 3 DSGVO und Art. 14 Abs. 4 DSGVO werden wir in dem Fall selbstverständlich beachten.
Daten/Datenkategorien	Kontakt- und Gesundheitsdaten
Rechtsgrundlage	Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 (1) a (Einwilligung).
Empfänger/Kategorien von Empfängern (sofern Datenübermittlung stattfindet)	Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an Dritte findet grundsätzlich nur statt, wenn dies für die Durchführung des Angebots erforderlich ist.
Speicherungsdauer bzw. -kriterien	Die Daten werden bis zur Zweckerfüllung und gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.
Betroffenenrechte	Recht auf <ul style="list-style-type: none">• Auskunft (Art. 15 DS-GVO)• Berichtigung (Art. 16 DS-GVO)• Löschung (Art. 17 DS-GVO)• Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO)• Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)• Widerspruch (Art. 21 DS-GVO)• Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO)
Widerruf	Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Daten dürfen ab dem Zeitpunkt nicht mehr verwendet werden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen, es genügt eine Mitteilung an anna.kostrewa@lebenshilfe-braunschweig.de

Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten auf Widerspruch und Auskunft finden Sie unter: www.lebenshilfe-vernetzung.de

Dieses Informationsblatt ist für Ihre Unterlagen und muss nicht mit abgegeben werden!