Ergänzende Angaben zu Ihrer Mutter/Vater-Kind-Vorsorge

Für die individuelle Vorbereitung Ihrer Mutter/Vater-Kind-Vorsorgemaßnahme in der DRK Villa Kunterbunt Wangerooge sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte füllen Sie dafür diesen Fragebogen vollständig aus und senden ihn spätestens **6 Wochen vor Kurbeginn** an die:

DRK Villa Kunterbunt, Siedlerstraße 48-50, 26486 Wangerooge

E-Mail: info@drk-villa-kunterbunt.de

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre nachfolgenden Antworten vertraulich behandeln.

Wir nehmen die Fähre in Harlesiel am:_____ um:_____ Uhr

Wir werden mit der ☐ Bahn ☐ Pkw **anreisen.**

Name:_____ Vorname:_____ Telefon: _____

Handy-Nr._____ Straße: _____

Postleitzahl_____ Wohnort:_____ Bundesland: _____

Im Notfall sollen meine Angehörigen (oder Freunde) unter folgender Telefonnummer verständigt werden und könnten innerhalb von 24 Std. auf der Insel sein.

Name:_____ Telefon:_____ Handy: _____

Meine Angaben zu Lebensmittelallergien und/ oder -intoleranzen, zu den regelmäßig einzunehmenden Medikamenten, sowie zu den Medikamentenunverträglichkeiten (s. Seite 2 und 3) sind richtig und vollständig. Des Weiteren bestätige ich, die Kenntnisnahme der Rahmenbedingungen (vorzeitige Abreise) und die Datenschutzinformation für Patientinnen und Patienten und stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu.

Außerdem gebe ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung unserer Namen für den hausinternen Gebrauch.

☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass mich das Deutsche Rote Kreuz zum Zwecke der Kurnachsorge postalisch kontaktiert.

☐ ja ☐ nein

Der Widerruf der Einverständniserklärung ist jederzeit in Teilen und in Gänze beim DRK Villa Kunterbunt Wangerooge möglich.

Für die Hauswirtschaft

Benötigen Sie ein Reisegitterbett? Ja ☐ Nein ☐ Anzahl ☐

Benötigt Ihr Kind einen Rausfallschutz Ja ☐ Nein ☐

Ist bei Ihnen oder Ihren Kindern eine Hausstaubmilben-Allergie bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Personen sind betroffen……..

Gibt es weitere Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja welche? ……..

Für die Küche und Ernährungsberatung

Leiden Sie oder Ihr/e Kind/er unter Lebensmittelunverträglichkeiten/

Allergie Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche (bitte genaue Bezeichnung)

Sie: ……..

Kinder: ……..

Legen Sie uns bitte bei Ihrer Anreise ein Attest vor, welches Ihre Allergien /Lebensmittelunverträglichkeiten bescheinigt.

Benötigen Sie hierfür besondere Kost? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

Sie ……..

Kinder ……..……..

Kinder …….

Besondere Ernährungsformen: kein Schweinefleisch ☐ vegetarisch ☐

Für Mütter/Väter mit Kleinkindern (bis 2 Jahre)

Benötigen Sie Brei- und/oder Flaschennahrung? Ja ☐ Nein ☐

Menü- und Obstgläschen von *Alete*, *Hipp* und *Bebevita* sind vorrätig.

Ich benötige folgende Flaschennahrung von: ……

(Wir beziehen unsere Ware ausschließlich über die Drogerie Rossmann)

Für die medizinische Betreuung

Schwangerschaft:

Im Falle einer Schwangerschaft können wir Sie aus medizinischen Gründen leider nicht aufnehmen.

Medikamente/Impfungen:

Nehmen Sie oder Ihr/e Kind/er regelmäßig Medikamente? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wer …… welche……...

wer …… welche ……..

Bringen Sie Ihre dauerhaft oder oft benötigten Medikamente, sowie die Impfpässe mit.

Leiden Sie oder Ihr/e Kind/er unter Medikamentenunverträglichkeiten? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wer …… welche……...

wer …… welche ……..

Leiden Sie oder Ihr/e Kind/er unter anderen Allergien? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wer …… welche……...

wer …… welche ……..

Sind Ihre Kinder geimpft gegen

Mumps/Masern/Röteln Nein ☐

Ja ☐ 1. Impfung Monat ……. Jahr …….

Ja ☐ 2. Impfung Monat ……. Jahr …….

Varizellen/Windpocken Nein ☐

Ja ☐ 1. Impfung Monat ……. Jahr …….

Ja ☐ 2. Impfung Monat ……. Jahr …….

Gibt es in Bezug auf die med. Betreuung bei Ihrem/n Kind/ern etwas Besonderes zu beachten?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was?

……

……

Leiden Sie oder Ihre Kinder unter chronischen Erkrankungen oder neuen Erkrankungen/Operationen, die uns bisher nicht bekannt sind?

z.B. Depressionen, Herzprobleme, Schilddrüsenerkrankungen (nicht älter als zwei Jahre) Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wer …… welche……...

wer …… welche ……..

Wenn ja, reichen Sie die aktuellen Befunde (nicht älter als 3 Monate) bitte umgehend zur Prüfung ein.

(z.B. Langzeitblutdruckmessung, Langzeit EKG, bei Schilddrüsenüberfunktion zwingend TSH, fT3 und fT4 Werte erforderlich).

Die Aufnahme in der Klinik ist von der Prüfung der Befunde abhängig.

Hausarzt/ärztin

Name: ……

Adresse: ……

Tel. Nr.: ……

Kinderarzt/ärztin

Name: ……

Adresse: ……

Tel. Nr.: ……

Bei Vorliegen einer meldepflichtigen Krankheit vor Antritt der stationären Vorsorgemaßnahme, informieren Sie umgehend die Klinik. Die Klinik teilt Ihnen anschließend mit, ob eine Anreise und wenn ja unter welchen Bedingungen möglich ist.

Für die Kinderbetreuung

Gibt es im Umgang mit ihrem/n Kind/ern etwas Besonderes zu beachten? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, was?

……

……

Für das Kurleitungsteam

Gibt es eine aktuelle Veränderung in Ihrer Lebenssituation? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche? ……

Ihre Ziele für ihre jetzige Vorsorgemaßnahme:

Ihre Gedanken und Mitteilungen an uns: