

Informationen für Ärzte

Ein wichtiger Knotenpunkt für die Entscheidung, wer an unserem Camp teilnehmen kann, ist die Stellungnahme eines Arztes, denn die angegriffene Gesundheit ist eines der beiden Kriterien. Der Medizinische Indikationsbogen wird ausschließlich durch den Kinder- oder Facharzt ausgefüllt. Er wird durch die Eltern abgefordert und zugesandt.

INDIKATIONSBOGEN für die Teilnahme an einem Camp (des)/der DKHS (e.V.-Fördervereins)

Die Angaben werden gemäß Datenschutzgesetz streng vertraulich behandelt und nach Abschluss des Projektes vernichtet. Bitte alle Fragen möglichst ausführlich beantworten, ggf. Beiblatt einfügen. Fragen, die mit „Ja“, „Nein“, „Keine“ zu beantworten sind, in jedem Falle auch so beantworten - sprich keine Auslassungen.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefon:	Krankenkasse:
Im Notfall zu verständigen:	
Hauptdiagnose:	
Nebenindikationen:	
Dauermedikation: (inklusive chemischem Namen - bitte unbedingt benennen, bei Ersatzbeschaffung oder Substitution ist der Produktname nicht immer ausreichend! Dosierung notieren!)*	
Notfallmedikation:	
Muss das Kind/der Jugendliche regelmäßig gespritzt werden bzw. spritzt es/er sich alleine? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, womit?	


* Es wird aus unterschiedlichen Gründen ein Fehlen von Medikamente, manchmal leider auch bei der Dauermedikation festgestellt. Wir, der DKHS e.V.-Förderverein, können am Tage der Abreise in der Regel, meist auch nicht mehr am Airport, das fehlende Medikament besorgen. Gerade mit diesem Hintergrund ist der CHEMISCHE NAME sehr wichtig um eine identische Order vor Ort realisieren zu können. Der Produktname ist, bis auf wenige Ausnahmen, nicht immer identisch mit dem Substitut vor Ort, unabhängig von der Schreibweise.

Informationen für Ärzte

Angaben zum Krankheitsbild (Bitte möglichst korrekte Beschreibung aller anamnestischen Besonderheiten, auslösende Faktoren bei Anfällen, Grad der Manifestierung usw.)

Seit wann besteht die Erkrankung?
Liegt eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wieviel Prozent?
Ist das Kind/der Jugendliche sehbehindert/blind? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist das Kind hörbehindert/taub? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht außerdem eine <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie u./o. Nahrungsmittelunverträglichkeit (z.B. Zöliakie) Wenn ja, bitte beschreiben: <input type="checkbox"/> Insektengiftallergie - Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Arzneimittelallergie - Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> sonstige chronische Erkrankung, insoweit nicht schon unter Haupt- und Nebenindikation erfasst. Ggf. bitte hier auch Ernährungsbesonderheiten aufführen, die keinen pathologischen Hintergrund haben, zum Beispiel familiär tradiert, religiös determiniert etc.
Begleitindikationen: <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Psychische Belastungen <input type="checkbox"/> Sonstiges: Sonstiges ja, dann bitte beschreiben:
Geben Sie bitte Hinweise zur Belastbarkeit (physische und psychische Eignung)!
Leidet das Kind/der Jugendliche unter Heimweh? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird ein Rollstuhl benötigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, ist das Kind/der Jugendliche auf Assistenz während des Fahrens des Rollstuhles angewiesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welchem Umfang ist Assistenz weiterhin notwendig?
Wird Sauerstoff benötigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, punktuell oder 24 h täglich? Gibt es Produktpräferenzen bei der Nutzung in Verkehrsmitteln?

Informationen für Ärzte

Welche weiteren Heil- und Hilfsmittel benötigt das Kind/der Jugendliche?	
Liegt prinzipiell Reisefähigkeit, insbesondere Flugfähigkeit, vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Kinetose bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Enuresis bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwimmer/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brillenträger/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Hyperaktivität bzw. sonstige Verhaltensstörung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Besonderheiten (z.B. besondere Schlaf- u./o. Essgewohnheiten, Zahnspange, Hörgerät etc.):	
Impfstatus (Bitte Datum der letzten Impfung angeben!)	
Tetanus/Diphtherie:	Polio:
Hepatitis A (fakultativ):	Hepatitis B:
MMR:	Pertussis:
Sonstige:	
Körpergröße:	Gewicht:
Einschätzung der Schwere der Erkrankung/Hauptindikation (Grad I bis IV):	
Besteht Harn- oder Stuhlinkontinenz? Wenn ja, bitte Hinweise zum Ausmaß und den etwaigen Bedarf an Hilfsmitteln:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benötigt das Kind/der Jugendliche deklarationspflichtige Präparate nach Betäubungsmittelgesetz (BtMG)? Wenn ja, welche? Zum Beispiel bei Behandlung von ADHS ist die Medikation in der Regel hier zu verzeichnen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 
Behandelnder Arzt (Stempel):	
Datum:	Unterschrift: