



Lebenshilfe
Münsingen e.V.

Büro:
Lebenshilfe Münsingen
Görlitzer Weg 9
72525 Münsingen

Tel.: 07381 -13 57

info@lebenshilfe-muensingen.de
www.lebenshilfe-muensingen.de

Anmeldebogen Spiel- und Spaß

Name

: _____

Vorname des Kindes

: _____

Geburtsdatum

: _____

Anschrift

: _____

Notfallnummer

: _____

Modul Musik

Modul Bewegung

Mein Kind besucht die:

Dreifürstenstein-Schule

Karl-Georg-Haldenwang-Schule

Bitte ankreuzen



Lebenshilfe
Münsingen e.V.

Büro:
Lebenshilfe Münsingen
Görlitzer Weg 9
72525 Münsingen

Tel.: 07381 -13 57

[info@lebenshilfe-
muensingen.de](mailto:info@lebenshilfe-muensingen.de)
www.lebenshilfe-

Schriftliche Einverständniserklärung Unternehmungen

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Vorname, Nachname

an Ausflügen und Unternehmungen jeglicher Art des Spiel
und Spaßnachmittages teilnehmen darf.

Ort/Datum/Unterschrift

Bitte unterschrieben zurückgeben, da diese Einverständnis
Bedingung für die Teilnahme Ihres Kindes an den Spiel –
und Spaßnachmittagen ist.



Lebenshilfe
Münsingen e.V.

Büro:
Lebenshilfe Münsingen
Görlitzer Weg 9
72525 Münsingen

Tel.: 07381 -13 57

[info@lebenshilfe-
muensingen.de](mailto:info@lebenshilfe-muensingen.de)
www.lebenshilfe-

Schriftliche Einverständniserklärung Bildmaterial

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Bildmaterial meines Kindes auf unserer Homepage veröffentlicht werden darf.

Vorname/ Nachname

Ort/Datum/Unterschrift



Informationen zum Kind / Jugendlichen:

Name des Erwachsenen: _____

Kontaktperson für den Notfall (Hausarzt etc...)

Name, Vorname	Straße
PLZ, Ort	Tel.-Nr.:
E-Mail:	Mobil.:

Was mag die zu betreuende Person gerne?

Wo gegen hat sie/er eine Abneigung?

Besonderheiten im Verhalten des Betreuten:

(z.B. läuft weg, schnallt sich beim Fahren ab, autoaggressives Verhalten)

Pflegerische Hilfen:

(Welche pflegerischen Hilfen sind notwendig?)

Eßhilfe Ja Nein

Windeln Ja Nein

Toilettengang Ja Nein

Körperliche Beschwerden Ja Nein

Sonstiges Ja Nein



Informationen zum Kind / Jugendlichen:

Allergien bzw. Unverträglich von:

Nahrung/Unverträglichkeiten Nein Ja

Materialien Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Anfälle oder Krämpfe:

Art der Anfälle:
Beobachtbare Vorzeichen eines Anfalls:
Entsprechende Vorbeugemaßnahmen bzw. Verhalten während eines Anfalls:
Anfallsmedikamente:
Wo befinden sich diese?
Wann wird das Medikament gegeben?
Wann erfolgt der Notruf?
Was muss die Begleitperson sonst noch über die zu betreuende Person wissen?



Informationen zum Kind / Jugendlichen

Gabe von Medikamenten:

Bitte geben Sie alle Medikamente an: morgens, mittags und abends.
Diese Angaben sind **für Notfälle dringend notwendig!**

Ich habe / Wir haben davon Kenntnis genommen, dass die Betreuung im Rahmen der stundenweisen Assistenz und im Rahmen der integrativen Freizeitangebote nicht immer von medizinisch ausgebildetem Personal durchgeführt wird.

Ist während der Betreuungszeit die Gabe von Medikamenten notwendig, so bitte ich / bitten wir, dass dies von der Betreuungskraft ausgeführt wird.

Folgende Medikamente sollen, wie beschrieben, verabreicht werden:

Art des Medikaments	Dosierungsanleitung	Art der Verabreichung: vor / nach der Mahlzeit

Die gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit.

Evtl. Veränderungen werde ich sofort mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass der/die MitarbeiterIn Einsicht in diesen Informationsbogens erhält.

Mit der Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass wir, im Bedarfsfall, mit den von Ihnen genannten Personen Kontakt aufnehmen dürfen.

Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, Änderungen umgehend schriftlich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift