

Anlage 1: Allergien und Anfälle

Gerne können Sie dieses Formular auch am Computer ausfüllen.
Das Dokument finden Sie unter www.abcfreiburg.de



Der Bogen muss vollständig ausgefüllt sein und ist unerlässlich!

Gültig für Kalenderjahr:

1. Angaben zur Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon:

☐ der Eltern

☐ der gesetzlichen Vertretung

☐ der Wohngruppe

Festnetz: _____ Mobil: _____

Name und Telefon einer Vertretungsperson im Notfall:

2. Allergien:

Bestehen Allergien?

☐ Nein

☐ Ja, folgende: _____

Was ist bei einer allergischen Reaktion zu beachten:

Gibt es für allergische Reaktionen ein Notfallmedikament?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welches Notfallmedikament?

Name: _____ Dosierung: _____

Wann und wie sind diese zu verabreichen? _____



Zur Verabreichung eines Notfallmedikaments muss dieses auf der ärztlichen Medikamenten-Verordnung aufgeführt sein!

3. Anfälle/Epilepsie:

Art der (epileptischen) Anfälle:

☐ fokale Anfälle: _____☐ generalisierte Anfälle: _____☐ andere/sonstige Anfälle: _____

Auftreten der Anfälle meist:

☐ nachts☐ tagsüber☐ unterschiedlich

Häufigkeit der Anfälle:

☐ mehrmals am Tag☐ bis zu einmal die Woche☐ mehrmals die Woche☐ bis zu einem Mal im Monat☐ seltener: _____

Beschreiben Sie den Ablauf eines Anfalls (in Stichworten):

Was ist während des Anfalls für die Begleitpersonen zu tun/zu beachten?

Was ist nach einem Anfall zu tun?

Gibt es für einen Anfall ein Notfallmedikament?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja, welches Notfallmedikament?

Name: _____ Dosierung: _____

Zu welchem Zeitpunkt/nach welcher Dauer des Anfalls soll das Notfallmedikament verabreicht werden?

Wie wird das Medikament verabreicht?

☐ sublingual☐ oral☐ nasal☐ rektal

Anmerkungen: _____

Ab wann soll der Notarzt gerufen werden? _____

**Zur Verabreichung eines Notfallmedikaments muss dieses auf der ärztlichen Medikamenten-Verordnung aufgeführt sein!**

Hiermit bevollmächtige ich die Begleitpersonen des Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche bei einem Notfall das oben aufgeführte Notfallmedikament entsprechend der ärztlichen Verordnung an die zu Beginn dieser Anlage benannte Person während der Angebote des ABC im betreffenden Kalenderjahr zu verabreichen.

X

Ort, Datum

rechtverbindliche Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Alle Informationen dienen einer guten Begleitung und Pflege.

Diese sind wichtig, da die Begleitpersonen überwiegend ehrenamtliche Nichtfachkräfte sind und von Angebot zu Angebot wechseln.

Der Bogen muss sorgfältig und korrekt ausgefüllt werden. Sollten sich im Laufe des Jahres Veränderungen ergeben, sind Sie verpflichtet, uns diese sofort mitzuteilen, da ansonsten keine weiteren Haftungen vom Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche übernommen werden können.

Hiermit bestätigen Sie, dass alle Ihre Angaben der Wirklichkeit entsprechen, diese Anlage 1 beim Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche aufgehoben und für die Reisetilnahme an die Begleitpersonen weitergegeben werden darf.

X

Ort, Datum

rechtverbindliche Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Wir bestätigen, dass alle Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und die Sammlung der Datenbasen den Bestimmungen des DSGVO entsprechen.