

Fragebogen für Erwachsene, die an einem AUSWEGE-Sommercamp teilnehmen möchten

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Hiermit melde ich mich an für das

- Sommercamp bei Oberkirch / Schwarzwald (29. September - 7. Oktober 2012)
Falls diese Veranstaltung ausgebucht ist, würde ich gerne teilnehmen am:
- Sommercamp bei Oberkirch / Schwarzwald (23. Juni - 1. Juli 2012)

Ihr Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Ihre Adresse:

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Land _____

Telefonnummer _____

Wann sind Sie telefonisch
am besten erreichbar? _____

Fax _____

E-Mail _____

Sie würden begleitet von:

Lebensgefährte/-in Name _____ Geburtsdatum _____

Kind(er) Name _____ Geburtsdatum _____

Sonstige(r), nämlich _____ Geburtsdatum _____

Woran leiden Sie?

Diagnose 1 _____

Seit wann (Monat, Jahr) _____

Falls weitere Krankheiten/Leiden vorliegen:

Diagnose 2 _____

Seit wann (Monat, Jahr) _____

Diagnose 3 _____

Seit wann (Monat, Jahr) _____

Welche Symptome/Beschwerden liegen vor?

bei Diagnose 1 _____

bei Diagnose 2 _____

bei Diagnose 3 _____

Sind Sie deswegen z. Zt. in Behandlung?

Ja Nein (Bei Diagnose 1)

Durch eine(n) Arzt/Ärztin

Durch eine(n) Heilpraktiker(in)

Durch eine(n) Psychotherapeuten/-in

Ja Nein (Bei Diagnose 2)

Durch eine(n) Arzt/Ärztin

Durch eine(n) Heilpraktiker(in)

Durch eine(n) Psychotherapeuten/-in

Ja Nein (Bei Diagnose 3)

Durch eine(n) Arzt/Ärztin

Durch eine(n) Heilpraktiker(in)

Durch eine(n) Psychotherapeuten/-in

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?

Ja Nein

bei Diagnose 1 _____

bei Diagnose 2 _____

bei Diagnose 3 _____

Wie wurden Sie bisher behandelt?

bei Diagnose 1 _____

bei Diagnose 2 _____

bei Diagnose 3 _____

Mit welchem Ergebnis?

bei Diagnose 1 _____

bei Diagnose 2 _____

bei Diagnose 3 _____

Liegen Ihnen Befundberichte von Ärzten/Kliniken, Therapeuten oder Gutachtern vor, die Sie uns ggf. nachreichen könnten?

Ja Nein

*Müssten für Sie im "Sommercamp" besondere Vorkehrungen getroffen werden?
Snd Sie Rollstuhlfahrer?*

Ja Nein

Liegen Allergien vor?

Ja, nämlich gegen _____

Nein

Ist eine spezielle Diät erforderlich?

Ja, nämlich _____

Spezielle Kost (z.B. glutenfreie Lebensmittel) bringen Sie bitte selbst mit.

Sonstiges

Soweit Sie auf besondere medizinische Vorrichtungen und Geräte (z.B. Gehhilfen) bzw. auf Medikamente angewiesen sind, bringen Sie diese bitte mit.

Einschränkung. Wir raten Ihnen von einer Anmeldung ab bei Erkrankungen, die genetisch bedingt sind bzw. von schweren Hirnschäden herrühren - erfahrungsgemäß sprechen sie auf Geistiges Heilen, wenn überhaupt, erst nach längerer Behandlungszeit an, ein "Sommercamp" wäre dafür zu kurz. Für Rollstuhlfahrer ist unser Camphaus wegen der räumlichen Gegebenheiten leider nicht geeignet.

Haftungsausschluss

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine Teilnahme am AUSWEGE-"Sommercamp" die ärztliche Behandlung nicht ersetzen kann. Eine Teilnahme kommt für mich nicht in Frage, falls ein Risiko besteht, dass ich während des "Camp"-Aufenthalts wegen meines Leidens notärztlich versorgt werden muss. Bei Unfällen während eines "Sommercamp"-Aufenthalts übernimmt die Stiftung keine Haftung. Die Stiftung behält sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl ein Sommercamp abzusagen oder zu verschieben. Bei zu vielen Anmeldungen wird eine Warteliste geführt.

Gebühren/Storno: Nach Bestätigung Ihrer Teilnahme wird eine Anmeldegebühr von 100 € fällig. Stornogebühren: bis 4 Wochen vor Campbeginn: keine; 2-4 Wochen vorher: 20%; weniger als 2 Wochen vorher: 50%.

Erklärung zum Datenschutz

Persönliche Daten sowie eingereichte Unterlagen werden ausschließlich an AUSWEGE-Therapeuten und andere mit dem jeweiligen Camp befasste Stiftungsmitarbeiter weitergegeben, die sie vertraulich behandeln. Für Berichte - in Newslettern, Rundmails, Buchdokumentationen und andere Drucksachen der Stiftung - kann die Stiftung AUSWEGE Fotos von Camp-Teilnehmern verwenden sowie aus eingereichten Unterlagen, Briefen, Protokollen u.a. zitieren; dabei werden keine Familiennamen oder Adressen genannt, Vornamen werden verändert. Hiermit erkläre ich mich einverstanden und entbinde die beteiligten Therapeuten/Stiftungsmitarbeiter insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Wir benachrichtigen Sie umgehend, ob wir Ihnen eine Teilnahme ermöglichen können.