

# 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 (6.-14. August 2011)
- Sommercamp bei Osnabrück (27. August - 4. September 2011)

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.

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.**