

# Fragebogen für Eltern, die ihr Kind an einem AUSWEGE-Therapiecamp teilnehmen lassen möchten

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Hiermit melde ich mich für das Therapiecamp an. Wunschtermin(e):

A1 \_\_\_\_\_

A2 \_\_\_\_\_

A3 \_\_\_\_\_

Falls das Camp meiner Wahl ausgebucht ist, werde ich den anderen Termin wahrnehmen

Ihr Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Ihre Adresse:

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Wann sind Sie telefonisch  
am besten erreichbar? \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ihr Kind würde begleitet werden von:

Mutter, Geburtsdatum \_\_\_\_\_  Vater, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschwister, Namen \_\_\_\_\_ Geburtsdaten \_\_\_\_\_

Jemand anderem, nämlich \_\_\_\_\_

*Angaben zu Ihrem Kind:*

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Vorname \_\_\_\_\_

*Woran leidet Ihr Kind?*

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 \_\_\_\_\_

*Ist Ihr Kind deswegen z. Zt. in Behandlung?*

Bei Diagnose 1: Ja  Nein

Durch eine(n) Arzt/Ärztin

Durch eine(n) Heilpraktiker(in)

Durch eine(n) Psychotherapeuten/-in

Bei Diagnose 2:      Ja         Nein  

   Durch eine(n) Arzt/Ärztin

   Durch eine(n) Heilpraktiker(in)

   Durch eine(n) Psychotherapeuten/-in

Bei Diagnose 3:      Ja         Nein  

   Durch eine(n) Arzt/Ärztin

   Durch eine(n) Heilpraktiker(in)

   Durch eine(n) Psychotherapeuten/-in

*Nimmt Ihr Kind z. Zt. Medikamente?*

   Ja          Nein

bei Diagnose 1 \_\_\_\_\_

bei Diagnose 2 \_\_\_\_\_

bei Diagnose 3 \_\_\_\_\_

*Wie wurde Ihr Kind 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

Müssen für Ihr Kind im "Therapiecamp" besondere Vorkehrungen getroffen werden?

Ja       Nein

Ist es 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 Ihr Kind auf besondere medizinische Vorrichtungen und Geräte (z.B. Gehhilfen) bzw. auf Medikamente angewiesen ist, sind diese von den begleitenden Erwachsenen mitzubringen.

**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 "Therapiecamp" wäre dafür zu kurz. In jedem Therapiecamp können wir Rollstuhlfahrern geeignete Zimmer anbieten.



- im Allgemeinbefinden?

---

---

---

---

---

---

*Sind neue Therapien angewandt worden? Falls ja, mit welchem Ergebnis?*

---

---

---

---

---

---

*Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel bekommt Ihr Kind seither? Hat sich daran, bzw. an der Dosierung, seit dem letzten Campaufenthalt etwas geändert?*

---

---

---

---

---

---



## Haftungsausschluss

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine Teilnahme an einem AUSWEGE-Therapiecamp die ärztliche Behandlung nicht ersetzen kann. Eine Teilnahme kommt für mich nicht in Frage, falls ein Risiko besteht, dass ich während des Campaufenthalts notärztlich versorgt werden muss. Während Kinder von Stiftungsmitarbeitern beaufsichtigt werden, liegt die Verantwortung bei den mitgereisten Erziehungsberechtigten. Bei Unfällen während eines Campaufenthalts übernimmt die Stiftung keine Haftung – bei Kindern liegt die Aufsichtspflicht bei den mitgereisten Erziehungsberechtigten. Für angerichtete Schäden vor Ort haften der Teilnehmer bzw. seine Betreuer (Eltern oder andere Aufsichtspersonen), nicht der Veranstalter.

Aller gesundheitlicher und sonstiger Risiken – belastende Reise, mangelnde medizinische Versorgung vor Ort, Infektionsgefahren u.a. – bin ich mir bewusst. Die Inanspruchnahme von Beratungen, Behandlungen und sonstigen Campangeboten, mein Aufenthalt, meine An- und Abreise erfolgen auf eigenes Risiko. Für Schäden, die ich mir selbst, anderen Personen oder Dingen zufüge, hafte ich ausschließlich allein. Ich handle eigenverantwortlich und entbinde die Stiftung von jeglicher Haftung.

Die Stiftung behält sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl ein Therapiecamp 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 30 Tage vor Campbeginn: keine; 14-29 Tage vorher: 20%; 7-13 Tage vorher: 50%; weniger als 6 Tage vorher: 100%. Stornogebühren entfallen, falls es gelingt, einen durch Absage freiwerdenden Campplatz an einen anderen Interessenten zu vergeben.

## 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, Printmedien, Internetportalen, 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 auf Wunsch geändert. Hiermit erkläre ich mich einverstanden und entbinde die beteiligten Therapeuten/Stiftungsmitarbeiter insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

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