Anmeldung

für die Teilnahme an einem Schulungscamp
für Diabetes im CJD Asthma- und Diabeteszentrum Berchtesgaden

#

**Schulungscamp für junge Menschen mit Diabetes (Pfingsten) Di. 07.06.22 – Do. 16.06.22** [ ]

**Schulungscamp für junge Menschen mit Diabetes (Sommer) Mo. 29.08.22 – Sa. 10.09.22** [ ]

**Di-Adi Schulungscamp Mo. 01.08.22 – Fr. 12.08.22** [ ]

Name: Vorname:

 Geburtsdatum: ................................................

Kinderausweis / Reisepass-Nr.: ...........................................................................................................................

Name der Eltern: …………………………...…………………………………………………………………………...

Anschrift der Eltern: ....... .....................................................................................................................................

Tätigkeit der Eltern: …………...............................................................................................................................

Telefon privat: ................................................................. Mobil: ..............................................................

Telefon dienstlich: ................................................................. E-Mail: …………………………………………….

Während des Aufenthaltes meines Kindes im Schulungscamp bin ich unter folgender Anschrift / Telefonnummer zu erreichen: ................................................................................................................................................

 ...................................................................................................................................................

**Besondere Hinweise für die Betreuer:**

⚫ Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente (Bitte zusätzlich zum Medikamentenplan ausfüllen):
 Insulintherapie: Spritze U40 [ ]  Spritze U100 [ ]  Pen [ ]  Pumpe [ ]
 Basalinsulin ………………………………………………
 Mahlzeiteninsulin ………………………………………………
 weitere Medikamente (mit Uhrzeit und Dosierung)
 .............................................................................................................................................................................
 ............................................................................................................................................................................

⚫ Hat Ihr Kind zurzeit gesundheitliche Probleme (auch unabhängig vom Diabetes)?

 ............................................................................................................................................................................

 ............................................................................................................................................................................

⚫ Mein Kind ist **krankenversichert** durch [ ]  Vater [ ]  Mutter [ ]  eigenen Anspruch.

Zuständige Krankenkasse: ............................................. Versicherungsnummer:...........................................

Zweigstelle/ Anschrift: ........................................................................................................................................

⚫ Behandelnder Diabetologe (Name, Anschrift, Telefonnummer):

 ………………………………………………...........................................................................................................

 …........................................................................................................................................................................

⚫ Behandelnder Kinderarzt bzw. Hausarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer):

 ………………………………………………...........................................................................................................

 …........................................................................................................................................................................

⚫ Für mein Kind besteht eine **Haftpflichtversicherung**:

Name der Versicherung: ........................................................... Vers.Nr.: ..................................................

Name des Hauptversicherten: .........................................................................................................................

⚫ Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während des Aufenthaltes unter Berücksichtigung der durch Diabetes bedingten Besonderheiten und unter Aufsicht an allen sportlichen Aktivitäten teilnimmt
(z.B. Baden, Fahrradfahren, Rodeln, Inline skaten, Raften usw.).

 [ ]  ja

 [ ]  nein wenn nein, welche: ..............................................................................................................

⚫ Mein Kind kann schwimmen: [ ]  ja [ ]  nein

 Schwimmzeugnis vorhanden: [ ]  ja [ ]  nein wenn ja, welches? ................................................

⚫ In besonderen Fällen darf mein Kind von Betreuern in einem angemieteten oder privaten Fahrzeug
mitgenommen werden: [ ]  ja [ ]  nein


⚫ Ich gestatte, dass mein Kind im Notfall medizinisch versorgt (ggf. med. Eingriffe) werden darf.

 [ ]  ja [ ]  nein

**Hinweis:**

- Während der gesamten Dauer des Trainingscamps besteht **Rauch- und Alkoholverbot**.

- Mir ist bekannt, dass Besuche während des Aufenthaltes aus pädagogischen Gründen nicht erwünscht sind.

- Ich habe mein Kind darüber informiert, dass den Weisungen der Betreuer unbedingt Folge zu leisten ist. Bei
wiederholter Nichtachtung bin ich verpflichtet, die Kosten für die Heimschickung zu tragen oder mein Kind persönlich abzuholen.

- Nach Eingang der Anmeldung, erhalten Sie die restlichen Anmeldeformulare.

**⚫ Zahlungsbedingungen:**Der Eigenanteil von **€ 70,-** ist bis 4 Wochen vor Campstart auf unser Konto zu überweisen.

............................................................ ……..............................................................................

 Ort, Datum Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten

Das CJD Asthmazentrum Berchtesgaden ist zertifiziert nach ISO 9001:2000

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Träger: Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands gemeinnütziger e. V. (CJD) · Vereinsregister Stuttgart Nr. 98Vorstand: Pfarrer Matthias Dargel (Sprecher) · Hans Wolf Freiherr von Schleinitz73061 Ebersbach · Teckstraße 23cjd@cjd.de · www.cjd.de |  | CJD Asthmazentrum BerchtesgadenBuchenhöhe 46 · 83471 Berchtesgadenfon 08652 60 00-0 · fax 08652 60 00-274asthmazentrum@cjd.de www.cjd-asthmazentrum.deCommerzbank AG StuttgartIBAN: DE26 6108 0006 0203 1292 00BIC: DRESDEFF610 |