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. 98  Vorstand: Pfarrer Matthias Dargel (Sprecher) ·  Hans Wolf Freiherr von Schleinitz  73061 Ebersbach · Teckstraße 23  cjd@cjd.de · www.cjd.de |  | CJD Asthmazentrum Berchtesgaden  Buchenhöhe 46 · 83471 Berchtesgaden  fon 08652 60 00-0 · fax 08652 60 00-274  asthmazentrum@cjd.de  www.cjd-asthmazentrum.de  Commerzbank AG Stuttgart  IBAN: DE26 6108 0006 0203 1292 00  BIC: DRESDEFF610 |