

# Kletterfreizeit für Jugendliche und Erwachsene ab 15 Jahre

Datum: 31.07.2023 - 04.08.2023

Veranstaltungsort: DJH Wipperfürth

Teilnahmegebühr: Mitglieder 600 €, nicht Mitglieder 700€

## Weiter Informationen:

Kletterfreizeit: Freizeitangebot für Erwachsene und Jugendlichen mit PWS ab 15 Jahre. Die Freizeit findet in Wipperfürth in der DJH Wipperfürth statt. Die Tickets beinhalten vier Übernachtungen inklusive Vollpension.

Um eine optimale Betreuung zu ermöglichen sind für die 12 Teilnehmer vier qualifizierte Betreuer vorgesehen. Die Teilnehmer werden täglich gewogen, außerdem werden sie beim Essen und der Zusammenstellung der Mahlzeiten betreut. Auch auf die Einnahme von Medikamenten wird geachtet. Zu den Betreuern kommen für das erlebnispädagogische Sonderprogramm noch zwei Trainer hinzu.

Bitte lesen Sie die Bedingungen der Einverständniserklärung für Aufnahmen während der Freizeit (Seite 12). Sie brauchen nicht das Formular zu drucken und auszufüllen. Ihre Zustimmung oder Ablehnung der Einwilligung erteilen Sie uns bei der Eingabe der Daten der TeilnehmerInnen.

Bitte füllen Sie außerdem den Fragebogen (Seite 2-10) und den Medikamenten Plan (Seite 11) aus und senden uns diesen bitte bis zum 09.07.2023.

## Programmpunkte:

- spielerische Vorstellungsrunde
- Lagerfeuer und Stockbrot
- erlebnispädagogisches Sonderprogramm im Hochseilgarten
- Großgruppenspiele und Problemlösungsaufgaben
- Orientierungslauf mit Karte und Kompass.
- Nachtwanderung und Nachtspiel
- Bogenschießen
- Karaoke und Gesellschaftsspiele

# Fragebogen

für TeilnehmerInnen an der Kletterfreizeit in Wipperfürth

Die folgenden Hinweise sind für die pädagogische Leitung und das Team eine wichtige Hilfe, den TeilnehmerInnen die Zuwendung zu vermitteln und die Unterstützungen zu geben, die notwendig sind, um allen eine angenehme Zeit bei uns zu ermöglichen.

Bitte machen Sie daher vollständige und ausführliche Angaben! Nur so können alle Personen, die sich Ihrem Kind widmen, auf die individuellen Bedürfnisse und Erforderlichkeiten eingehen.

Sollte an einigen Stellen der zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen, oder möchten Sie zusätzliche Angaben machen, so haben Sie am Ende des Fragebogens die Möglichkeit dazu.

Bitte vergessen Sie nicht, den Fragebogen auf Seite 8 zu unterschreiben.

Vielen Dank!

## Persönliche Daten

Vorname und Name der/des TeilnehmerIn:

---

Straße:

---

PLZ/ Wohnort:

---

Telefon:

---

Geburtsdatum:

---

Name der Sorgeberechtigten/Eltern:

---

Telefonnummer für Notfälle

---

Bitte kleben  
Sie hier ein  
Foto Ihrer  
Tochter /  
Ihres  
Sohnes ein!

Danke!

Welche Art von Behinderung hat die/der TeilnehmerIn (bitte detaillierte Angaben)?

---

---

Bestehen Unverträglichkeiten / Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, welche (z.B. gegen bestimmte Lebensmittel, Tierhaare, Chemikalien)?

---

Welche allergischen Reaktionen können auftreten?

---

Liegen chronische Erkrankungen vor (z.B. Asthma, Diabetes)?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Liegt ein Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) vor?

Ja  Nein

Wenn ja, wann war der letzte Anfall und wie häufig treten die Anfälle auf?

---

---

Wie läuft ein Anfall in der Regel ab?

(evtl. typische Tageszeiten oder Vorzeichen, Stärke des Anfalls, Folgewirkung)

---

Was ist besonders zu beachten und zu tun?

---

---

Werden bei einem Anfall Notfallmedikamente verabreicht?

Ja

Nein

Wenn ja, welche und nach wie vielen Minuten?

---

---

Medikation bitte auf Seite 8 angeben. Ggf. bitte auch die Bedarfsmedikation angeben.

Besitzt sie/er einen Schwerbehindertenausweis?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchem Grad der Behinderung?

---

Bitte schätzen Sie die folgenden Fähigkeiten ein:

Sehvermögen:  gut

schlecht

Hörvermögen:  gut

schlecht

Sprachvermögen:  gut

schlecht

Spricht sie/er in ganzen Sätzen?

- Ja  Nein

Benutzt sie/er bestimmte Zeichen und Laute zur Verständigung?

- Ja  Nein

Wenn ja, welche Bedeutung haben die Zeichen und Laute?

---

---

Können fremde Personen sie/ihn problemlos verstehen?

- Ja  Nein

Versteht sie/er Sprache?

- Ja  Nein

Welche Hilfsmittel benötigt der/die Teilnehmer/in?

- Hörgeräte  Gehhilfe  
 Brille  RehaBuggy  
 Zahnsperre  Rollator  
 Rollstuhl  Einlagen, Orthesen, Schienen  
 E-Rollstuhl  Zahnprothese  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Ist die/der TeilnehmerIn in der Lage die Hilfsmittel alleine zu nutzen

- Ja  Nein

Nimmt sie/er regelmäßig Medikamente ein?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte tragen Sie die Medikation auf Seite 8 ein.

Nur für weibliche Gäste:

Hatte sie schon ihre erste Menstruation?

Ja  Nein

Wenn ja, bestehen während dieser Zeit Schwierigkeiten? Wie äußern sich diese und wie soll man darauf reagieren?

---

---

---

Hilfebedarf im täglichen Leben

Kann sie/er gehen?

Ja  mit Hilfe  Nein

Kann sie/er stehen

Ja  mit Hilfe  Nein

Kann sie/er den ganzen Tag im Rollstuhl sitzen

Ja  Nein

Muss sie/er regelmäßig umgelagert werden?

Ja  Nein

Welche Hilfen sind bei der Körperhygiene notwendig?  
(Waschen am Waschbecken, Toilettengang, Windelwechseln, etc.)

---

---

---

---

Ist sie/er inkontinent?

Ja  Nein

Kann sie/er sich alleine anziehen?

Ja  mit Hilfe  Nein

Kann sie/er selbstständig essen und trinken?

Ja  mit Hilfe  Nein

Welche Hilfen werden gegebenenfalls benötigt?

---

---

Besteht die Gefahr des Weglaufens

Ja  Nein  manchmal

Wenn ja, in welchen Situationen?

---

---

Ist ihre/seine Fähigkeit zu stehen, zu gehen, sich im Raum zu orientieren o.ä. in bestimmten Situationen blockiert?

Ja  Nein  manchmal

Wenn ja, warum (z.B. Angst vor Stufen, Treppen, Höhenangst, Angst in fremder Umgebung)?

---

---

Hat sie/er Ängste in großen Gruppen, Geschäfte oder unvertrauter Umgebung?

Ja                       Nein                       manchmal

Reagiert sie/er dann verängstigt oder aggressiv?

Ja                       Nein                       manchmal

Besteht die Gefahr der Selbstverletzung?

Ja                       Nein                       manchmal

Besteht die Gefahr der Zerstörung von Sachen?

Ja                       Nein                       manchmal

Wenn ja, in welchen Situationen und wie reagieren Sie auf dieses Verhalten?

---

---

Wie können die BetreuerInnen ggf. Aggressionen entgegenwirken?

---

---

Welche Interessen und Hobbys hat die/der TeilnehmerIn?

---

---

---

---





## Medikation

Als Sorgeberechtigte/r erkläre/n ich/wir, dass die folgenden Medikamente zu den angegebenen Zeiten sowie Notfallmedikamente (wie auf Seite 3 beschrieben) bei Bedarf von den MitarbeiterInnen des Familienforums verabreicht werden dürfen: (Bitte durch Unterschrift auf dieser Seite bestätigen)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Bedarf

## Erklärung

Der Fragebogen wurde gewissenhaft und vollständig ausgefüllt. Sollten sich vor Beginn der Kletterfreizeit relevante Änderungen ergeben, verpflichte ich mich hiermit, diese der pädagogischen Leitung mitzuteilen.

Die Kopie eines Schwerbehinderten-Ausweises wird beigelegt.

## Datenschutz

Die von Ihnen übermittelten Daten werden elektronisch gespeichert und absolut vertraulich behandelt. Eine Weitergabe an Dritte ist nicht gestattet. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich mit der Speicherung der Daten einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

Name :			Wann muss das Stützkorsett getragen werden? ( Hilfe ?!)	
Allergien :				

**Gewicht ( Verlaufsplan)**

Anreise	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

**Medikation**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<b>Morgens</b>					
<b>Mittags</b>					
<b>Abends</b>					
<b>zur Nacht</b>					



**Einwilligungserklärung für Video- und Fotoaufnahmen  
während der Kletterfreizeit in Wipperfürth vom 31.7. bis zum 4.8.2023**

Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Vereinstätigkeit der Prader-Willi-Syndrom Vereinigung Deutschland e.V. Video- und Fotoaufnahmen gemacht und ausschließlich kontextbezogen verwendet werden. **Wir/Ich stimme/n zu, dass Einzel- und Gruppenaufnahmen** gemacht werden, die in der **Mitgliederzeitschrift PWS-Info** (Print und digital) **und Internetveröffentlichungen** der PWSVD (z.B. Vereins-Homepage, eigene Auftritte in Sozialen Medien) veröffentlicht werden können. Unsere/Mein Name/n, der Name unseres/meines Kindes sowie das Alter unseres/meines Kindes darf/dürfen im Zusammenhang mit den Aufnahmen genannt werden.

**Unsere/Meine Einwilligung bezieht sich auf Aufnahmen**

- von uns/mir,  
 von unserem/meinem Kind, bzw. unseren/meinen Kindern.  
 Wir/ich möchte/n nicht, dass Aufnahmen von uns/mir und/oder unserem/meinem Kind gemacht und verwendet werden.

---

Vorname Name

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Prader-Willi-Syndrom Vereinigung Deutschland e.V. Vorstand**

Sitz: Gronau  
Amtsgericht: Coesfeld VR 5360  
Geschäftsstelle: Bachstelzenweg 48, 50829  
Köln

Tel: 0221 84561875  
E-Mail: [info@prader-willi.de](mailto:info@prader-willi.de)  
Internet: [www.prader-willi.de](http://www.prader-willi.de)

Inga Koenen (Vorsitzende)  
Kathrin Altenhoff (stellvertretende Vorsitzende)  
Dieter Bertges (stellvertretender Vorsitzender)  
Martin Neitzert (stellvertretende Vorsitzende)  
Jutta Rhode (stellvertretende Vorsitzende)  
Christoph Tomecki (Schatzmeister)  
Dr. Ulrich Priester (Schriftführer)

**Vereins- und Spendenkonto**

Sparkasse Hattingen  
IBAN DE81 4305 1040 0000 0910 90  
BIC WELADED1HTG

Steuernummer: 217/5960/1209  
Finanzamt: 50670 Köln-Nord