



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Eltern, Angehörige und Betreuende,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer integrativen Ferienfreizeit KinderSommer (KiSo).

Ab sofort nehmen wir Anmeldungen für den KinderSommer im Jahr 2025 entgegen.

Der KiSo findet für **beide Durchgänge** im KIEZ Arendsee statt.

Hier die Termine für 2025:

Durchgang 1: Sonntag, 29.06.2025 – Dienstag, 08.07.2025

Durchgang 2: Sonntag, 27.07.2025 – Dienstag, 05.08.2025

Reisepreis jeweils 463,00 €

Anliegend finden Sie die Anmeldeunterlagen. Bitte füllen Sie diese möglichst am Computer aus und schicken Sie per Mail an uns zurück. Gern auch gut lesbar ausgefüllt per Post. Anmeldeschluss ist der **20.04.2025**.

Unsere Kontaktdaten:

DRK Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.

Betriebsteil Freiwilligendienste

Herrenstraße 20

06108 Halle

E-Mail: kindersommer@sachsen-anhalt.drk.de

0176 - 63 766 198

0345- 27 95 32 50

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und ausschließlich im Zusammenhang mit dem KiSo 2025 genutzt.

Bei Fragen nehmen Sie gern Kontakt mit uns auf – wir freuen uns auf einen erlebnisreichen Kindersommer!

Mit freundlichen Grüßen



Katja Fischer

Stellvertreterin des Landesgeschäftsführers

DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V.

Anmeldung

Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: _____

Anschrift: _____

Bitte fügen Sie
hier ein Bild ein

(Muss kein Passfoto
sein)

Angaben zu den Personensorgeberechtigten bzw. sonstigen Bezugspersonen

Person 1 – Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zum Kind: Elternteil Vormund Angehörige
 Mitarbeiter:in Wohneinrichtung sonstiges _____

Person 2 – Name: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____

E-Mail: _____

Verhältnis zum Kind: Elternteil Vormund Angehörige
 Mitarbeiter:in Wohneinrichtung sonstiges _____

Verbindliche Buchung

Hiermit melden wir o. g. Kind verbindlich zur Ferienfreizeit KinderSommer 2025 in Arendsee an.

Reisezeitraum (bitte ankreuzen)	Preis
<input type="checkbox"/> Durchgang 1: Sonntag, 29.06.2025 – Dienstag, 08.07.2025	463,00 €
<input type="checkbox"/> Durchgang 2: Sonntag, 27.07.2025 – Dienstag, 05.08.2025	463,00 €

Enthaltene Leistungen:

- Übernachtung in 2- bis 4-Bettzimmern
- Vollverpflegung
- Rund-um-die-Uhr Getränkeversorgung
- Bettwäsche
- speziell geschultes Betreuer:innen-Team
- hoher Betreuungsschlüssel (1:4)
- Pflegefachkraft vor Ort
- Erste Hilfe und Pflege rund um die Uhr
- Taschengeldservice
- abwechslungsreiches Programm
- Kreativ-Workshops, Bastel- und Spielangebote
- Sportangebote
- Ausflüge in der Umgebung
- Vor Ort stehen Fahrzeuge zur Verfügung.

Sie übergeben uns mit Ihrer Unterschrift die **Aufsichtspflicht** für das Kind im gewählten Zeitraum. Sie bestätigen außerdem die Kenntnisnahme und Akzeptanz der Reisebedingungen, der beigefügten Hinweise sowie die Richtigkeit der Angaben in den Unterlagen.

Unterschrift des Personensorgeberechtigten zum Einverständnis und zur Bestätigung der Teilnahme des o. g. Kindes am KinderSommer (verbindliche Anmeldung):

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Wichtige Informationen zur Anmeldung/Buchung

Anmeldebestätigung

Die verbindliche Buchung kommt erst mit Erhalt der schriftlichen Anmeldebestätigung für das o. g. Kind durch den DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. zustande. Diese Anmeldebestätigung inklusive Informationen zu den Zahlungsmodalitäten erhalten Sie im Frühjahr 2025.

Rücktritt

Der/Die Teilnehmende kann jederzeit vor Reisebeginn von der Reise zurücktreten. Der Rücktritt muss schriftlich erfolgen. In diesem Fall sowie bei Nichtantritt der Reise verliert der DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. als Veranstalter den Anspruch auf den Reisepreis. Stattdessen kann der DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V., soweit der Rücktritt nicht durch den Veranstalter zu vertreten ist oder ein Fall höherer Gewalt vorliegt, eine angemessene Entschädigung verlangen. Der Entschädigungsanspruch ist zeitlich gestaffelt und wird wie folgt berechnet:

- bis 30 Tage vor Reisebeginn 50 %,
- bis 15 Tage vor Reisebeginn 75 %,
- ab 14 Tage vor Reisebeginn 100 %.

Dem/der Teilnehmenden bleibt es in jedem Fall unbenommen, gegenüber dem DRK-Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. nachzuweisen, dass überhaupt kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist, als die vom Veranstalter geforderte Pauschale.

Infos für Teilnehmende mit Pflegegrad

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit ergibt sich aufgrund des erhöhten Betreuungsaufwandes eine zusätzliche Tagespauschale von 105,00 Euro. Diese kann entweder über die Verhinderungspflege oder über die Entlastungsleistungen refinanziert werden. Beides ist durch Sie bei der Pflegekasse zu beantragen und wird von uns mit der Kasse abgerechnet. Im Anhang finden Sie einen Beispielantrag. Der Antrag ihrer Pflegekasse kann abweichen.

Wir beraten Sie dazu gern und finden die passende Lösung für Ihre individuelle Situation.

Infos für Teilnehmende mit Bedarf an Behandlungspflege

Die medizinisch-pflegerische Versorgung im KinderSommer wird von einem professionellen Pflegedienst abgesichert. Sollte Ihr Kind Behandlungspflege nach SGB V benötigen (z. B. Medikamentengabe, Insulingabe, Katheterwechsel o. ä.), lassen Sie sich bitte von ihrem zuständigen Haus- oder Kinderarzt eine „Verordnung über häusliche Krankenpflege“ geben und senden uns diese im Vorfeld zu. Die Verordnung wird benötigt, damit die Leistungen der Behandlungspflege ordnungsgemäß mit der Krankenkasse abgerechnet werden können.

Bei Fragen zu diesem Thema nehmen Sie gern Kontakt mit uns auf.

Infos zum/zur Teilnehmenden

1.

Das Kind hat am KiSo 2024 teilgenommen und die Daten sind gleich.



Weiter mit Seite 8 „Einverständniserklärung“

2. An- und Abreise

Das Kind reist später an: am: _____ um: _____ Uhr

Das Kind reist früher ab: am: _____ um: _____ Uhr

3. Beeinträchtigungen

keine ja, folgende: _____
(genaue Bezeichnung/Diagnose)



Bitte weiter
mit Frage 4!

- körperliche Behinderung geistige Behinderung
 seelische Behinderung Verhaltensauffälligkeiten
 mehrfache Behinderung
 sonstiges _____

Hat das Kind einen **Pflegegrad**?

nein ja, folgenden: _____

Hat das Kind einen **Schwerbehindertenausweis**/Grad der Behinderung (GdB)?

nein ja, folgenden GdB: _____ Merkzeichen: _____

Benötigt das Kind **Behandlungspflege** (z. B. Medikamentengabe, Kathetern)?

nein ja, und zwar: _____

4. Hilfsmittel

keine

ja, folgende:



Bitte weiter
mit Frage 5!

Brille

Hörgeräte

Zahnsperre (feststehend/lose)

mechanischer Rollstuhl

elektrischer Rollstuhl

Orthesen Korsett

orthopädisches Schuhwerk

Helm Duschstuhl

sonstiges _____

5. Medizinische Infos

Hat der/die Teilnehmende ärztlich bestätigte **Allergien**?

nein

ja, folgende: _____

Symptome: _____

Nimmt der/die Teilnehmende **regelmäßig** ärztlich verordnete **Medikamente**?

nein

ja, folgende: _____

Benötigt der/die Teilnehmende **Bedarfsmedikamente**?

nein

ja, folgende: _____

Hinweis: Bitte bringen Sie zur Anreise einen aktuellen **Medikamentenplan** mit!

Besteht bei dem/der Teilnehmenden eine bekannte **Reiseübelkeit**?

nein

ja

unbekannt

6. Ernährung

Der/die Teilnehmende ernährt sich

vegetarisch

vegan

ohne Produkte vom Schwein

Hat der/die Teilnehmende **Intoleranzen** oder Allergien gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln?

nein

ja, folgende: _____

Symptome: _____

Sonstige Ernährungsbesonderheiten: _____



7. Sonstige Bedarfe

Benötigt der/die Teilnehmende **Unterstützung** in Angelegenheiten des täglichen Lebens (an- und auskleiden, Körperhygiene, Mobilität, Ernährung, Sicherheit)?

- nein ja (falls ja, senden wir Ihnen umgehend unseren **Pflegebogen** zur Erfassung dieser individuellen Unterstützungsbedarfe zu)

8. Weitere wichtige Infos

Hier ist Platz für weitere wichtige Angaben (z. B. Wunsch, mit Freund:innen in einer Gruppe/einem Zimmer zu sein):

Einverständniserklärung

9. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____ Vorname: _____

10. Erlaubnis für Aktivitäten in der Freizeit

Ich erlaube dem/der Teilnehmenden an dafür vorgesehenen Stellen unter Aufsicht:

zu baden. ja nein zu reiten. ja nein

Kanu/Boot zu fahren. ja nein zu klettern. ja nein

Der/Die Teilnehmende kann schwimmen. ja nein

Schwimmabzeichen Seepferdchen Bronze Silber Gold
(bitte Nachweis in Kopie zur Anreise mitbringen)

Der/Die Teilnehmende kann unbegrenzt Sport treiben. ja nein

Falls nein, Einschränkung beschreiben: _____

11. Entfernungserlaubnis

Ich bin damit einverstanden, dass der/die Teilnehmende

- ohne Beaufsichtigung durch die Betreuer:innen
- zusammen mit mindestens zwei weiteren Teilnehmenden
- nach Absprache mit den Betreuer:innen über den zeitlichen Umfang und den Aufenthaltsort/das Ziel

die Gruppe bzw. das Gelände der Unterkunft verlassen darf (z. B. bei Ausflügen).

ja nein

12. Taschengeldverwaltung

Die Verwaltung des Taschengeldes des/der Teilnehmenden durch Betreuer:innen ist

erwünscht nicht erwünscht

13. Fotoerlaubnis

Fotos, auf denen der/die Teilnehmende zu sehen ist, dürfen veröffentlicht werden.

ja nein

14. Medizinische Erlaubnis im Notfall

Im Bedarfsfall darf (zahn-)medizinisch-weiterführende Diagnostik (Röntgen, Blutentnahme etc.) durchgeführt werden.

ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

.....
Ort Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

Pflegebogen für Teilnehmende mit Unterstützungsbedarf

Infos für Teilnehmende mit Pflegegrad

Bei bestehender Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 2) ergibt sich aufgrund des erhöhten Betreuungsaufwandes **eine zusätzliche Tagespauschale von 105,00 Euro**. Diese kann entweder über die **Verhinderungspflege** oder über die **Entlastungsleistungen** refinanziert werden. Beides ist durch Sie bei der Pflegekasse zu beantragen und wird von uns mit der Pflegekasse abgerechnet. **Bitte beachten: Die Beantragung muss nach Anmeldung Ihres Kindes** bei uns **zeitnah durch Sie erfolgen**. Wir beraten Sie dazu gern und finden die passende Lösung für Ihre individuelle Situation.

15. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____

Vorname: _____

16. Angaben zum Unterstützungsbedarf

Das Kind hat am KiSo 2024 teilgenommen und die Daten sind gleich.



Weiter mit Seite 13 „Wichtige Hinweise“

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Bekleidung**.

nein ja, und zwar bei: _____

Aufsicht Anleitung Teilweise Unterstützung Übernahme

Er/sie führt täglich selbstständig Wäschewechsel durch. nein ja

Er/sie erkennt die eigene Kleidung. nein ja

Er/sie wählt Kleidung selbst aus. nein ja

Hinweis: Bitte **beschriften** bzw. kennzeichnen Sie die Kleidung (z. B. Namenskürzel!)

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ernährung**.

nein ja, und zwar...

Hilfe beim Essen: _____

Hilfe beim Trinken: _____

Hilfsmittel: _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Körperpflege**.

nein ja, bei(m) ...

Duschen	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Teilwäsche (Hände, Gesicht...)	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Zähneputzen	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme

und zwar: _____

(hier Bedarf beschreiben, z. B. Haare kämmen, Monatshygiene, eincremen etc.)

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ausscheiden**.

nein ja, und zwar beim...

Toilettengang	<input type="checkbox"/> Aufsicht	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> Teilweise Unterstützung	<input type="checkbox"/> Übernahme
----------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------

Hilfsmittel: _____

Er/sie neigt zu **Verstopfung**. nein ja

Falls ja: Welche Maßnahmen helfen? _____

Er/sie verwendet **Inkontinenzmaterialien**. nein ja

Falls ja: dauerhaft auf langen Fahrten nachts

Er/sie nutzt ein **Kathetersystem**. nein ja

Falls ja: selbstständig mit Unterstützung // Häufigkeit: _____

Er/sie **nässt nachts ein**. nein ja

Er/sie hat **feste Zeiten** für den Toilettengang. nein ja

Falls ja: Wann? _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Ruhen und schlafen**.

nein ja, und zwar...

Er/sie benötigt nachts besondere **Betreuung**. nein ja

Falls ja: Welche? _____

Er/sie benötigt nachts spezielle **Lagerungsmaßnahmen** und/oder Nachtschienen.

nein ja

Falls ja: Welche? _____

Er/sie hat **Schlafstörungen**.

nein ja

Falls ja: Wie äußern sich diese? _____

Er/sie hat **Einschlafrituale**.

nein ja

Falls ja: Welche? _____

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Mobilität**.

nein ja, und zwar bei: _____

Für mobilitätseingeschränkte Teilnehmende mit Rollstuhl:

Er/sie kann kurze Strecken ohne Rollstuhl bewältigen. nein ja

Er/sie kann den Rollstuhl selbst verlassen (Transfer). nein ja

Er/sie kann außerhalb des Rollstuhls frei sitzen. nein ja

Er/sie kann in Bus oder PKW frei sitzen. nein ja

Der/die Teilnehmende benötigt Unterstützung im Bereich **Sicherheit**.

nein ja, und zwar ...

Er/sie hat ein **Anfallsleiden** (Epilepsie o. ä.). nein ja

Falls ja: Notfallmedikament? _____

Er/sie hat **Wutausbrüche** (ADHS o. ä.). nein ja

Falls ja: Wie äußert sich dies? _____

Mögliche Auslöser _____

Gegenmaßnahmen _____



Er/sie ist räumlich und zeitlich **orientiert**.

nein

ja

Er/sie ist **sensibel** (z. B. Lautstärke, viele Menschen).

nein

ja

Falls ja: Wie äußert sich dies? _____

Gegenmaßnahmen _____

17. Platz für weitere wichtige Informationen

Wichtige Hinweise

1. Angaben zum/zur Teilnehmenden

Name: _____ Vorname: _____

2. Ferienfreizeitfähigkeit

Alle Teilnehmenden einer Ferienfreizeit unterziehen sich am Heimatort einer ärztlichen Untersuchung. Den dafür erforderlichen **Arztbogen** erhalten Sie ebenfalls mit diesem Schreiben. Senden Sie uns den Arztbogen **ungefähr 6 Wochen vor dem Kindersommer** zu.

Bei Erkrankungen und Unfällen ist eine ärztliche Betreuung am Ferienort jederzeit gewährleistet. Die Mitnahme der **Versichertenkarte** (Chipkarte der Krankenkasse) und des **Impfausweises** ist unbedingt erforderlich.

Außerdem informieren wir darüber, dass am Anreisetag eine Kontrolle auf **Kopflausbefall** durchgeführt wird. Wir dürfen nur Teilnehmende übernehmen, die frei von Kopflausbefall sind. Teilnehmende, bei denen eine Verlausung (auch Nissen) festgestellt wird, werden gemäß dem „Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten“ unverzüglich den Personensorgeberechtigten übergeben. Um hier den teilnehmenden Kindern eine Enttäuschung zu ersparen, bitten wir Sie, vor Beginn der Ferienfreizeit zu Hause eine Eigenkontrolle vorzunehmen und ggf. zu reagieren.

3. Medikamente und Hilfsmittel

Teilnehmende, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen oder Bedarfsmedikamente benötigen, müssen eine ausreichende Menge des Präparates mitbringen. Bitte legen Sie dazu am Anreisetag einen aktuellen **Medikamentenplan** des Kinder- oder Hausarztes vor.

Notwendige **Hilfsmittel** (z. B. Vorlagen, Windeln) sind in ausreichender Menge mitzubringen oder werden Ihnen falls nötig zusätzlich in Rechnung gestellt. Brillenträger:innen wird die Mitnahme einer Ersatzbrille mit Angabe der Glasstärke empfohlen. Für Rollstühle empfiehlt sich die Mitnahme von Werkzeug, das für kleinere Reparaturen notwendig ist (bei E-Rollstühlen Ladegerät nicht vergessen).

Denken Sie bei Kindern, die an Reisekrankheit leiden, unbedingt an die Mitgabe von **Reisetabletten** bzw. Reisekaugummi für Ausflüge vor Ort.

4. Sachverzeichnis und Gepäck

Wir bitten Sie, die **Kleidungsstücke** oder Gegenstände des/der Teilnehmenden namentlich zu **kennzeichnen** und im Sachverzeichnis zu vermerken. Das entsprechende Formular „Sachverzeichnis“ liegt der schriftlichen Buchungsbestätigung bei, die wir zu einem späteren Zeitpunkt versenden. Die Mitgabe von ausreichender Bekleidung für täglichen Wäschewechsel ist erforderlich. Zu Hause bleiben sollten z. B. gute, wertvolle Kleidung, wertvoller Schmuck und teure



Elektrogeräte. Verboten sind: Messer, andere Waffen, sonstige gefährliche Gegenstände sowie jugendgefährdende Medien.

Aus organisatorischen Gründen sollte jede:r Teilnehmende nur einen Koffer und einen Rucksack als Gepäck mitnehmen. Jedes Gepäckstück muss mit einem Namensaufkleber versehen werden.

5. Taschengeld

Alle wesentlichen Dinge rund um die Ferienfreizeit sind durch den Teilnahmebeitrag abgedeckt (z. B. Eintrittsgelder etc.). Das Taschengeld ist dafür gedacht, dass die Teilnehmenden sich z. B. auf Ausflügen ein Eis kaufen oder sich eine Kleinigkeit bei Shoppingmöglichkeiten besorgen können. Deshalb empfehlen wir eine **Taschengeldhöhe** von 30,00 Euro. Wenn das Taschengeld von den Betreuer:innen oder Betreuern in Form unserer „**Ferienbank**“ verwaltet werden soll, bitten wir Sie, dieses in möglichst kleinen Scheinen oder in Münzen mitzugeben.

6. Kontakt während der Ferienfreizeit

Persönliche Besuche können den Verlauf der Freizeit stören und sollten nur nach Rücksprache mit der Ferienleitung erfolgen. Bei Besuchen durch Dritte benötigen wir Ihre schriftliche Erlaubnis. Gern können die Teilnehmenden **Post** von zu Hause erhalten. Bitte nutzen Sie dafür folgende Anschrift:

KIEZ Arendsee Ferienfreizeit KinderSommer Name des/der Teilnehmenden Am Lindenpark 4-7 39619 Arendsee

7. Versicherung und Haftung

Die Teilnehmenden an einer Ferienfreizeit des Deutschen Roten Kreuzes sind für die Dauer ihres Aufenthaltes über das DRK **unfall- und haftpflichtversichert**. Dennoch empfehlen wir, falls nicht vorhanden, den Abschluss einer privaten Haftpflichtversicherung.

Für **Schäden**, die während der Freizeit verursacht werden, haften der/die Teilnehmende bzw. die Personensorgeberechtigte(n). Für abhanden gekommene Gegenstände, insbesondere Wertgegenstände und Kleidungsstücke, wird keine Haftung übernommen.

8. Abbruch der Teilnahme/vorzeitige Heimreise

Sollte eine Krankheit am Ferienort nicht entsprechend behandelt und der/die Teilnehmende nicht ausreichend versorgt werden können oder treten unlösbare pädagogische Schwierigkeiten auf (Verhaltensweisen, die andere Teilnehmende gefährden oder die Ferienfreizeit undurchführbar machen), ist unter Umständen eine **vorzeitige Abreise** des/der Teilnehmenden erforderlich. Diese kann nicht dem Veranstalter angelastet werden. Der/Die Teilnehmende ist von der/dem Personensorgeberechtigte/n oder einer bevollmächtigten Person abzuholen. Eine Erstattung des Teilnahmebeitrages erfolgt nicht.



9. Transport während der Ferienfreizeit

Während der Ferienfreizeit werden vor Ort **Kleinbusse** und PKWs zur Verfügung stehen. Diese werden nur von vorher bestimmten und festgelegten Personen geführt. Im Bedarfsfall sind einfache Sitzerrhöhungen vorhanden. Die Erlaubnis zum Transport der/des Teilnehmenden während der Ferienfreizeit wird von Ihnen mit der schriftlichen Anmeldung erteilt.

10. Einteilung der Gruppen und Zimmerbelegung

Die Einteilung der Gruppen und Zimmer wird von der Ferienleitung vorgenommen. Dabei wird auf die Bedürfnisse aller Teilnehmenden geachtet und auch versucht, auf individuelle Wünsche einzugehen. Die **Zimmerbelegung** erfolgt grundsätzlich **nach Geschlechtern getrennt**.

Wünsche hierzu können Sie uns gern auf Seite 7 der Anmeldeunterlagen mitteilen.

11. Sonstiges

Wird Ihr Kind bei der **Abreise** von einer anderen Person als Ihnen abgeholt, so geben Sie dieser bitte eine schriftliche **Vollmacht** mit oder hinterlegen Sie diese am Anreisetag bei der Ferienleitung.

Wir achten auf die Einhaltung des **Jugendschutzgesetzes**. Deshalb sind das Rauchen und der Genuss von Alkohol für alle Teilnehmenden grundsätzlich untersagt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

.....
Ort Datum Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

**6 Wochen vor Beginn des Kindersommers auszufüllen. Nicht früher.
Zur Anreise mitbringen oder vorher schicken.**

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Krankenkasse: _____

Mein Kind ist versichert über (Mutter/Vater) _____

Allgemeine medizinische Daten (vom behandelnden Kinderarzt bzw. Hausarzt auszufüllen)

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Die Impfungen sind entsprechend dem Alter vollständig: ja nein

Wenn nicht, welche Impfungen fehlen? _____

Überstandene Infektionskrankheiten:

Varizellen Pertussis Röteln Masern Mumps Scharlach

Sonstige wichtige überwundene Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, die für uns als Veranstalter von Interesse sein könnten: _____

Chronische bzw. immer wiederkehrend auftretende Erkrankungen, die für uns als Veranstalter von Interesse sein könnten: _____

War das Kind in den letzten sechs Monaten ernsthaft erkrankt? nein ja, welche

Beeinträchtigungen: Liegen bei dem Kind Beeinträchtigungen vor?

nein ja, welche, körperlich geistig mehrfache verhaltensauffällig AD(H)S

seelisch beeinträchtigt, wenn ja, wie lautet die Diagnose: _____

Sind während der Ferienfreizeit behandlungspflegerische Maßnahmen nach SGB V zu erbringen?
(Medikamentengabe, Verbände, Einreibungen, Injektionen, etc.) nein ja, welche

WICHTIG: Sollten behandlungspflegerische Maßnahmen nach SGB V durch Mitarbeiter_innen unseres ambulanten Pflegedienstes vor Ort erbracht werden müssen, bitten wir um die Übergabe einer entsprechenden Verordnung HKP bei Anreise. Hier gilt es insbesondere, das Datum der Ausstellung zu berücksichtigen. Sollte die entsprechende Verordnung nicht zum Anreisetag vorliegen, müssen wir den entstandenen Fehlbetrag den Personenfürsorgeberechtigten in Rechnung stellen.

Medikamenteneinnahme:

Muss das Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?

nein ja, welche (Präparat, Dosierung; auch Bedarfsmedikamente)

Bitte achten Sie darauf, einen aktuellen Medikamentenplan mitzugeben.

Erklärung: Aus ärztlicher Sicht ist das Kind für die Erholungsmaßnahme in der Ferienfreizeit geeignet. Es liegen zurzeit keine übertragbaren Krankheiten im Sinne des § 34 IfSG vor. Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie)

Für Kinder mit Pflegestufe

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

vom 2 9 0 6 2 5 bis 0 8 0 7 2 5

Header information table including Krankenkasse, Name, birth date, Kostenträger, and address details.

Order type checkboxes: Erstverordnung, Folgeverordnung, Unfall, SER.

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Medication preparation checkboxes: Herrichten der Medikamentenbox, Medikamentengabe, Injektionen, intramuskulär, subkutan.

Blutzuckermessung

Blood sugar measurement checkboxes: Erst- oder Neueinstellung, bei intensivierter Insulintherapie.

Kompressionsbehandlung

Compression treatment checkboxes: Kompressionsstrümpfe anziehen, Kompressionsverbände anlegen, Kompressionsverbände abnehmen.

stützende und stabilisierende Verbände, Art

Wundversorgung

Wound care fields: Wundart, Lokalisation, aktuelle Größe, aktueller Grad.

Präparate, Verbandmaterialien

Wound care checkboxes: Wundversorgung akut, Wundversorgung chronisch.

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung) Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

Basic care checkboxes: Unterstützungspflege, Krankenhausvermeidungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung.

Frequency and duration table for basic care with columns for tgl., wtl., mtl., vom, bis.

Häufigkeit/Dauer von Pflegefachkraft

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Frequency and duration table for nursing staff with columns for tgl., wtl., mtl., vom, bis.

Empty table for frequency and duration data.

Empty table for frequency and duration data.

Empty table for frequency and duration data.

Empty table for frequency and duration data.

Empty table for frequency and duration data.

Empty table for frequency and duration data.

Dipl. med. Karola Erfurt, Merseburger Str.181, 06112 Halle

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Antrag auf Verhinderungspflege

Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

E-Mail info@ikk-classic.de

Fax 0800 800 4551

Beispiel für Kinder mit Pflegestufe

Antrag auf Verhinderungspflege

Kann bei ihrer Kasse anders aussehen

Durchgang 1: 29.06.2025- 08.07.2025

Durchgang 2: 27.07.2025 - 05.08.2025

1. Beantragter Zeitraum:

Zeitraum vom bis

2. Grund der Verhinderungspflege: (Bitte nur eine Möglichkeit auswählen!)

- Krankheit der Pflegeperson (tageweise)
- Erholungsurlaub der Pflegeperson (tageweise)
- Entlastung/Verhinderung der Pflegeperson (weniger als 8 Stunden täglich)
- Entlastung/Verhinderung der Pflegeperson (täglich 8 Stunden oder mehr)

**8 Stunden oder
mehr/Tageweise**

Wurde der/die Pflegebedürftige vor der Verhinderung der Pflegeperson bereits 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt oder betreut?

- Ja
- Nein

3. Erhöhung des Zuschusses zu Lasten der Kurzzeitpflege

Sie haben die Möglichkeit die Verhinderungspflege in der Höhe von 1.612 Euro um bis zu 806 Euro zu Lasten der Kurzzeitpflege aufzustocken. Der Übertrag wird bei der Kurzzeitpflege in Abzug gebracht.

- Ja, ich wünsche eine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der Kurzzeitpflege
- Nein, ich wünsche keine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der Kurzzeitpflege

**JA bei den meisten. Im
Zweifel rufen Sie uns an.**

4. Die Verhinderungspflege erfolgt durch:

eine Privatperson

(Name, Anschrift und Telefonnummer der Ersatzpflegeperson)

(Geburtsdatum der Ersatzpflegeperson)

(KV-Nummer und Krankenkasse der Ersatzpflegeperson*)

Die Ersatzkraft ist mein/meine

(Schwieger-/Stief-) Kind oder Enkelkind

Schwager/Schwägerin

(Schwieger-/Stief-) Vater oder Mutter

Bruder/Schwester

(Schwieger-/Stief-) Großvater oder Großmutter

Die Ersatzpflegekraft ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert.

Sie steht in folgendem Verhältnis zu mir:

Die Ersatzkraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft

Ja

Nein

einen Pflegedienst

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Pflegedienstes)

Datenschutzhinweis:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 und 28a SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei Leistungsansprüchen nach §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der Pflegekasse der IKK classic für die Zukunft widersprechen. Die Verarbeitung der Sozialdaten erfolgt im Rahmen der § 67b ff SGB X. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Ort

Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Betreuer*

Telefonnummer*

*freiwillige Angabe (Unterschrift kann bei Übermittlung per E-Mail entfallen)