

An den Reisenden

Informationen über den Reisenden

Sie haben sich zu einer Freizeit
von der Evangelischen Jugend angemeldet.
Die Evangelische Jugend möchte mit Ihnen
viele schöne Tage erleben.
Sie sollen sich auf unserer Freizeit wohl fühlen.

Dafür brauchen wir vorher einige Informationen
über Sie.

Bitte tragen Sie hier ein:

Ich heiße:

.....

Vorname

Nachname

Bitte füllen Sie das ganze Formular ehrlich
und vollständig aus.

Unterschreiben Sie es.

Und senden Sie das Formular sofort an uns zurück.

Diese Informationen sind nur für die Leitung
von der Freizeit-Gruppe.

Niemand Fremdes sieht Ihre Informationen.

Die Evangelische Jugend achtet besonders darauf.



Frage-Bogen	
..... ?	
..... ▶ 😊 😐 😞	
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
.....	



Wie können wir eine Kontaktperson (Eltern, Ehepartner) von Ihnen erreichen?

Manchmal müssen wir schnell mit einer Kontaktperson von Ihnen sprechen.

Zum Beispiel:

- wenn Sie ernsthaft krank werden,
- wenn Sie zum Arzt gehen müssen und Medikamente bekommen,
- wenn die Freizeit früher oder später endet als geplant.

Bitte schreiben Sie hier auf, wie wir Ihre Kontaktperson erreichen können:

Name:

Unter dieser Adresse ist die Kontaktperson immer erreichbar:

Straße:

.....

Post-Leitzahl und Ort

Vielleicht ist die Kontaktperson gleichzeitig im Urlaub.

Schreiben Sie bitte auch die Adresse von dort auf:

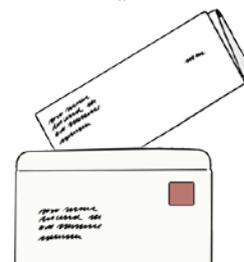
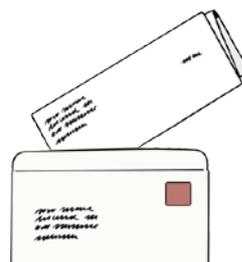
Name vom Hotel:

Straße:

Post-Leitzahl und Ort:

Land:

Telefon-Nummer mit Vorwahl:



Von wann bis wann ist die Kontaktperson an Ihrem Urlaubs-Ort?

Vom bis

Unter diesen Telefon-Nummern ist die Kontaktperson zu erreichen:



Telefon zuhause, Vorwahl und Nummer:

.....

Handy:

Handy:



Telefon bei der Arbeit:

Vorwahl und Nummer:

Haben Sie noch andere Telefon-Nummern?

Dann schreiben Sie sie bitte hier auf:

.....



Hat die Kontaktperson eine E-Mail?

Dann schreiben Sie bitte hier die E-Mail-Adressen auf:

E-Mail:

E-Mail:



Vielleicht können wir die Kontaktperson nirgends erreichen.

Bitte nennen Sie uns noch eine andere Kontaktperson.
Zum Beispiel einen Großvater oder eine Tante.



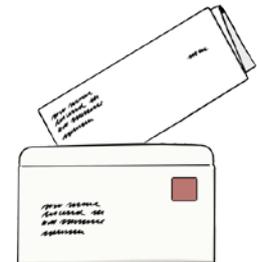
Name:

Straße:

.....

Post-Leitzahl und Ort

Telefon:



Wir müssen wissen, ob Sie gesund sind.

Haben Sie eine chronische Krankheit
oder eine Behinderung?



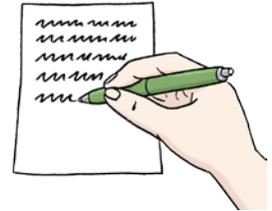
Bitte kreuzen Sie an, was für Sie stimmt:

- Ich bin ist gesund.
- Ich trage eine Brille.
- Ich kann nicht bei allen Sport-Arten mitmachen.
- Ich darf nicht schwimmen.
- Ich habe eine chronische Krankheit. Zum Beispiel:
 - Ein Herz-Leiden,
 - Asthma,
 - Diabetes,
 - Eine Allergie,
 - Ein Augen-Leiden,
 - Anfälle,
 - ADHS,
 - Ess-Störungen.



Bitte schreiben Sie hier auf, welche Probleme Sie haben:

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



○ **Ich habe eine Behinderung.**

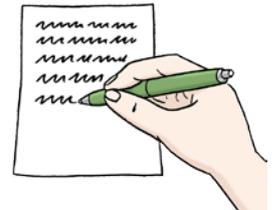
Zum Beispiel:

- Ich habe eine Körper-Behinderung
- Ich sitze im Rollstuhl
- Ich habe eine Seh-Behinderung
- Ich bin blind
- Ich habe eine Hör-Behinderung
- Ich habe Lern-Schwierigkeiten



Bitte schreiben Sie hier auf,
welche Behinderung Sie genau haben:

.....
.....



Bitte schreiben Sie auf:

Wie lange Sie diese Krankheit oder
Behinderung schon haben?

.....

**Was müssen Sie machen,
wenn die Krankheit schlimmer wird?**

Zum Beispiel:

Wenn ich manchmal einen Asthma-Anfall bekomme.
Oder Krämpfe.

Bitte schreiben Sie es auf:

.....
.....



Wissen Sie selber,
wann die Krankheit schlimmer wird?
Zum Beispiel beim Sport
oder bei bestimmtem Essen?

ja nein



Wissen Sie selber, was Sie dann tun müssen?

ja nein

Bitte schreiben Sie auf:

Das ist für mich wichtig,
wenn meine Krankheit schlimmer wird:

.....
.....



Ich muss regelmäßig Medikamente nehmen.

Am Ende von diesem Schreiben ist ein Plan
für die Medikamente.

Geben Sie den Plan Ihrem Arzt.

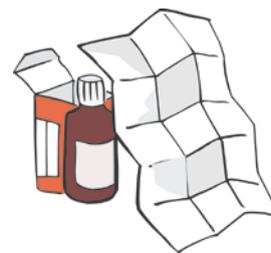
Er soll den Plan sorgfältig ausfüllen.



Manchmal haben Medikamente Neben-Wirkungen.

Zum Beispiel: Sie machen müde.

Bitte geben Sie uns deshalb auch die Beipack-Zettel von den Medikamenten.



Das ist noch wichtig bei Medikamenten:

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie gilt:

- Ich nehme ein paar leichte Medikamente mit.

Zum Beispiel gegen Kopf-Schmerzen oder Übelkeit.

Ich weiß, wann ich ein Medikament nehmen darf.

Und wie viel ich nehmen darf.

Ich weiß, dass ich anderen Teilnehmern in der Gruppe kein Medikament geben darf.



- Ich nehme regelmäßig Medikamente.

Ich habe meine Medikamente dabei.

Ich nehme sie eigen-verantwortlich selbst ein.

Ich weiß, wie die Medikamente wirken.

Ich weiß, wie viele ich nehmen muss.



- Ich brauche regelmäßig Medikamente.

Ich gebe die Medikamente bei der Ankunft der Freizeit-Leitung.

Die Freizeit-Leitung soll bitte dafür sorgen, dass ich die Medikamente richtig einnehme.

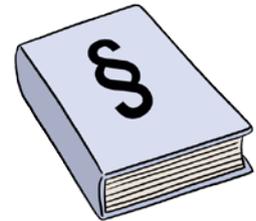


Diese Freizeit-Gruppe fährt ins Ausland.

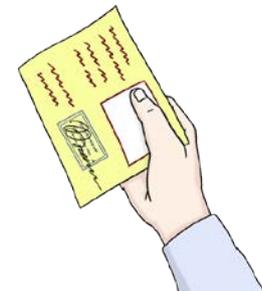
Das Land gehört nicht zur Europäischen Union.
Oder die Reise dauert länger als 30 Tage.



Dann gelten bestimmte Gesetze für Medikamente:
Das Betäubungs-Mittel-Gesetz Paragraf § 4
Absatz 1 Nummer 4b und
die Betäubungsmittel-Außenhandels-Verordnung
Paragraf § 15 Absatz 1.



Deshalb brauchen Sie vielleicht
eine Extra-Bescheinigung für einige Medikamente.
Die Bescheinigung heißt:
Bescheinigung nach Artikel 75
des Schengener Durchführungs-Abkommens.



Wir legen Ihnen ein Formular dafür bei.
Ihr Arzt soll das Formular bitte ausfüllen.

Dieses Formular müssen Sie der Reise-Leitung
vor der Reise geben.
Sonst können Sie nicht mit fahren.

- Ja, ich gebe das Formular beim Reise-Beginn
der Reise-Leitung.

Vielleicht braucht die Freizeit-Leitung noch mehr Informationen zu den Medikamenten.

Dann ruft die Evangelische Jugend
oder die Freizeit-Leitung bei Ihnen an.



Das ist wichtig:

Die Freizeit-Leitung darf Ihnen keine anderen Medikamente geben. Nur die Medikamente auf der Liste vom Arzt.

Oder Medikamente, die ein Arzt am Urlaubs-Ort verschrieben hat.

Sie erklären:

- Ich bin jetzt gesund.
- Ich habe **keine** ansteckende Krankheit.

Wie zum Beispiel:

- Masern,
- Windpocken,
- Röteln,
- Keuchhusten,
- Scharlach

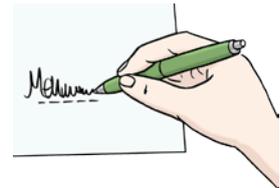
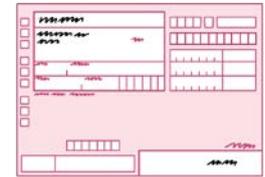
- Ich habe auch keine Läuse.

Vielleicht werden Sie in den letzten 6 Wochen vor der Fahrt noch krank.

Oder Sie bekommen Läuse.
Oder jemand aus Ihrer Familie wird krank.
Oder hat Läuse.

Dann müssen Sie sich sofort bei der Evangelischen Jugend melden.
Sie können dann nicht an der Freizeit teilnehmen.

Wenn Sie auf der Freizeit eine ansteckende Krankheit bekommen, müssen Sie heimfahren.



Wenn Sie im Urlaub zum Arzt müssen

Wenn Sie in der Freizeit krank werden
besprechen wir gemeinsam, was geschehen soll.

Erst dann gehen wir gemeinsam zu einem Arzt
am Urlaubs-Ort.

Vielleicht haben Sie einen Unfall
und müssen ins Krankenhaus.

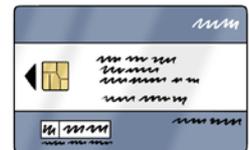
Dann ruft die Freizeit-Leitung sofort bei Ihrer
Kontaktperson an.

Das ist meine Kranken-Kasse:

Name von der Kranken-Kasse:

.....

Versicherungs-Nummer



Das ist mein Arzt:

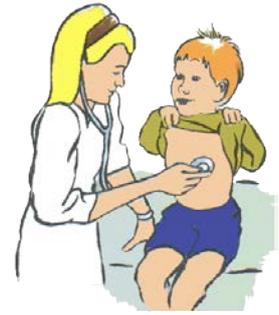
Name:

Straße:

.....

Post-Leitzahl und Ort:

Telefon:



Nehmen Sie ihren Impf-Pass mit!

Das ist noch wichtig:

Gibt es noch etwas,
was die Freizeit-Leitung wissen muss?

Zum Beispiel:

- Sie interessieren sich besonders für Pferde.
- Sie können besonders gut schwimmen.
- Sie vertragen keine Nüsse oder Eier.
- Sie haben Angst vor großen Hunden.



Wir müssen solche Dinge wissen.

Dann können wir uns besser um Sie kümmern.

Bitte schreiben Sie hier auf:

Diese Dinge über mich
soll die Freizeit-Leitung wissen:



.....

.....

.....

Wichtig:

Vielleicht ändert sich vor der Fahrt noch etwas bei Ihnen oder Ihrer Kontaktperson.

Dann sagen Sie der Evangelischen Jugend sofort Bescheid.



Zum Beispiel:

- Sie ziehen um.
- Sie haben eine neue Telefon-Nummer
- Sie werden krank.
- Sie brauchen andere Medikamente.



Bitte unterschreiben Sie hier:

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift

Das nächste Blatt ist der Plan für die Medikamente.

Geben Sie ihn dem Arzt.

Er soll ihn bitte ausfüllen.

Und schicken Sie das Blatt mit diesem Frage-Bogen an die Evangelische Jugend.

Grafiken:

© Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.,
Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013

© Valuing People clipart collection <http://www.valuingpeopleclipart.org.uk/>

Bild: Medikamente mit Beipackzettel: © Reinhild Kassing

© European Easy-to-Read Logo: Inclusion Europe. More information at www.inclusion-europe.org/etr

In Leichte Sprache übertragen von Holtz & Faust GbR

Internet www.holtz-und-faust.de

Mitglied im Netzwerk Leichte Sprache

Auf Lesbarkeit geprüft von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Westfalenfleiß gGmbH,
Münster

MEDIKAMENTENPLAN FÜR:

Vorname

Nachname

Geb.-Datum

	Medikament 1	Medikament 2	Medikament 3	Medikament 4
Name des Medikaments				
Einnahme	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.	<input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So.
Morgens	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Mittags	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Abends	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Vor dem Schlafengehen	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:	Uhrzeit:
	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:	Dosierung:
Bemerkungen (z.B. gekühlt lagern etc.)				

Im Hinblick auf Wechselwirkungen mit den oben angegebenen Medikamenten darf Alkohol konsumiert werden: ja nein

Fällt eines der oben aufgeführten Medikamente unter das Betäubungsmittelgesetz?: Ja Nein

Wenn ja, bitte zusätzlich das Formular „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung – Artikel 75 des Schengener Durchführungsabkommens“ ausfüllen.

Die oben genannte Person führt Notfallmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür?: _____

Die oben genannte Person führt Bedarfsmedikamente mit sich: Ja Nein; Bei ja: Welche und wofür? _____

Ort, Datum, Stempel

Unterschrift des behandelnden Arztes