

Gudrun John  
Dahldille 37  
59229 Ahlen



Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

www.shg-hilfe-zur-selbsthilfe.de

Tel: 02388-307 257  
0175 - 5511 588  
[chronisch\\_krank@t-online.de](mailto:chronisch_krank@t-online.de)

## Kompetenz - Freizeit vom 11. 10. - 18.10. 2020

### Verbindliche Anmeldung!

**Der Eigenanteil von 200,00 Euro pro Person ist sofort nach der Anmeldung zu überweisen!**

Aus versicherungstechnischen Gründen ist eine Familien-Mitgliedschaft von 10,00 Euro Jahresbeitrag zwingend notwendig! Beitritt auch noch bei der Buchung möglich.

### Erziehungsberechtigte

Vor und Zuname \_\_\_\_\_

### Betroffenes Kind

Name \_\_\_\_\_ Geb.Datum. \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

### Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte

Unterschrift



Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

Vom Finanzamt Beckum als gemeinnützig anerkannt Steuernummer: 304/5870/0338

## Einwilligung zur Verwendung von Fotos-Videos der Kompetenz-Freizeit 2020

### Einverständniserklärung

Für die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins Hilfe zur Selbsthilfe e.V. verwenden wir Bilder von Aktionen und Veranstaltungen. Auf diesen Bildern können auch Sie und Ihr Kind zu sehen sein.

Die Bilder oder Videos werden ausschließlich verwendet, um die Aktivitäten der Kompetenz-Freizeit 2020 darzustellen.

Die Bilder-Videos werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Berichterstattung zur Kompetenz-Freizeit verwendet und es werden keine kommerziellen Zwecke damit verfolgt.

Durch die Veröffentlichung der Bilder wird keine Schamgrenze überschritten oder das Persönlichkeitsrecht gefährdet Sie können dieses Einverständnis jederzeit für zukünftige Nutzungen widerrufen

### Medien, in denen die Bilder veröffentlicht werden dürfen:

Fotos der Freizeit, den Internetseiten des Vereins, über Facebook und YouTube

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass wir Fotos, auf denen Sie oder Ihr(e) Sohn/Tochter zu erkennen ist, zu oben genannten Zwecken verwenden dürfen.

Der Name Ihres Kindes wird in keinem Fall veröffentlicht.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

Hilfe zur Selbsthilfe e.V.  
Empfänger/in der Nutzungsrechte

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtstag des Kindes

### Rechtliche Grundlage:

Das Recht am eigenen Bild ist ein Teil des vom Gesetz geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrechts (§ 22, Kunsturheberrechtsgesetz). Es gilt der Grundsatz, dass Fotos nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder veröffentlicht werden dürfen. Es handelt sich um eine rechtsgeschäftliche Willenserklärung. Deshalb kann bei Minderjährigen eine Einwilligung nur durch den gesetzlichen Vertreter erklärt werden.

**Kontakt: Gudrun John, Dahldille 37 , 59229 Ahlen/Dolberg Tel: 02388 - 307 257 Fax: 03222 - 154 5334**

Email: [chronisch\\_krank@t-online.de](mailto:chronisch_krank@t-online.de) Internet: [www.shg-hilfe-zur-selbsthilfe.de](http://www.shg-hilfe-zur-selbsthilfe.de) [www.diabetes-power-kids-kur.de](http://www.diabetes-power-kids-kur.de)

Spendenkonto: IBAN: DE52400501500153543236 BIC: WELADED1MST Sparkasse Münsterland Ost



# Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

**Angaben zum Diabetes und zur Behandlung**      **Name Ihres Kindes** \_\_\_\_\_

Der Diabetes ist bekannt seit (Monat/Jahr)	
Wir benutzen das Messgerät (Hersteller, Typbezeichnung)	Messgerät: FGM: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> CGM ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zur Spritztechnik Ihres Kindes (Zutreffendes bitte anstreichen!)	Pen <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/>
Hersteller und Typbezeichnung der Pens oder der Pumpe	

**Insulineinstellung Ihres Kindes (Bei Insulinpumpentherapie bitte Basalrate pro Stunde aufschreiben!)**

**Basalraten    Datum**

Uhrzeit										
1:00										
2:00										
3:00										
4:00										
5:00										
6:00										
7:00										
8:00										
9:00										
10:00										
11:00										
12:00										
13:00										
14:00										
15:00										
16:00										
17:00										
18:00										
19:00										
20:00										
21:00										
22:00										
23:00										
24:00										

**Tages-Basalrate**

Derzeitige BE oder KHE - Verteilung Ihres Kindes am Tag (Ihre Einschätzung) Kost gesamt ( BE )

Frühstück	Mittag	Vesper	Abendbrot	Spätstück
BE	BE	BE	BE	BE

**Gegenwärtiger Dosisplan (Basalinsulin, BE-Faktoren, Korrekturfaktoren)**

Insulin		früh	vormittags	mittags	nachmittags	abends	spät

Hat Ihr Kind schon an anderen Freizeiten teilgenommen?

Woher haben Sie von der Kompetenz-Freizeit gehört?



## Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

- \* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2019/2020 und bis jetzt diabetesbedingt im Krankenhaus betreut werden? \_\_\_\_\_ Tage
- \* Wie viele Tage musste Ihr Kind im Schuljahr 2019/2020 und bis jetzt diabetesbedingt von der Schule fernbleiben? \_\_\_\_\_ Tage
- \* Traten bei Ihrem Kind im letzten Jahr schwere Unterzuckerungen auf? Wenn ja, wie viele? [Schwere Unterzuckerung trifft zu, wenn Fremdhilfe (Arzt, Glukagon) notwendig war.]  
 Nein    Ja   Anzahl: \_\_\_\_\_
- \* Merkt Ihr Kind, wenn es eine Unterzuckerung hat?  
 Nein    Ja   wenn Ja, ab welchen Blutzuckerwert? \_\_\_\_\_
- \* Liegen andere Erkrankungen bei Ihrem Kind vor?  
 Nein    Ja   Welche? \_\_\_\_\_
- \* Nimmt Ihr Kind andere Dauermedikamente ein?  
 Nein    Ja   Welche? \_\_\_\_\_
- \* Wann bekam Ihr Kind die letzte Tetanusimpfung? \_\_\_\_\_
- \* Wurde Ihr Kind augenärztlich untersucht?  
 Nein    Ja   Warum? \_\_\_\_\_
- \* Hat Ihr Kind ein Schwimmabzeichen? (Schwimmstufe???)  
 Nein    Ja
- \* Erteilen Sie Ihrem Kind (hiermit) eine Badeerlaubnis?  
 Nein    Ja
- \* Was sollten wir im Vorfeld über Ihr Kind (auch noch) wissen (Allergien, Besonderheiten)?  
(bitte ggfs. weiteres Blatt beifügen.)


Ort, Datum

Unterschrift der Eltern/ des Erziehungsberechtigten



Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

## Diabetes-Kompetenz-Freizeit

  
Auf **..A** vom 11. 10. - 18.10. 2020

**Die Freizeit ist für Kinder mit Typ 1 Diabetes von 2 - 14 Jahren**

Mit je einem Erziehungsberechtigten und den Geschwisterkindern.

**Sowie auch für Kinder mit Adipositas von 8 - 16 Jahren.**

**Die Kosten belaufen sich auf 200,00 Euro pro Person**



Die Zimmer sind alle als Doppel- und Einzelzimmer und in vielen Fällen auch als Dreierzimmern nutzbar, jeweils mit eigenem Badezimmer.

### **Eine gesunde und ausgewogene Ernährung steht bei uns an erster Stelle!**

Beraten und betreut werden die Teilnehmer von 4-6 Typ 1 Diabetikern, 1 Psychologen, 2 Diabetes-Beraterinnen, Sozialpädagogen und einer Köchin die sich mit Unterstützung der Erziehungsberechtigten um eine gesunde und ausgewogene Ernährung kümmert.

Für die Erziehungsberechtigten gibt es unter anderem auch noch Workshops zur Gesunden ausgewogenen Ernährung, zur individuellen Therapieführung Ihrer Kinder und zur Stärkung der Selbsthilfe.

Das Ziel wäre: dass die Erziehungsberechtigten lernen, Ihre Kinder (individuell je nach Gewicht und Krankheitsbild) gesund und ausgewogen zu ernähren, Ihnen mehr zu vertrauen und zuzutrauen.

**Alle Infos: Gudrun John 02388 - 307 257 oder 0175 - 5511 588**

**[www.diabetes-power-kids-kur.de](http://www.diabetes-power-kids-kur.de)**