

Unter der Voraussetzung, dass es zu einer Kostenübernahme durch die Krankenkasse kommt, melde ich hiermit mein Kind verbindlich für das folgende Asthmaverhaltenstraining an.

wohnortnah

Ort

Wunschtermin

im Feriencamp im Asthmazentrum Berchtesgaden

Wunschtermin

Name des Kindes Vorname

Geburtsdatum

Klasse/ Schultyp

Mutter Vater

Anschrift der Eltern

Tätigkeit der Eltern

Telefon privat Handy

Telefon dienstlich

Welche Asthmaauslöser treffen für Ihr Kind zu (mögliche Allergien bitte genau angeben)?

.....
.....

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente (+Dosierung und Tageszeit) ein:

.....
.....

Mein Kind nimmt im Notfall folgendes Medikament ein:

.....

Wie schätzen Sie die Selbständigkeit Ihres Kindes bzgl. der Medikamenteneinnahme auf einer Skala von 1 bis 5 ein (maximale Punktzahl: 5)?

Hat Ihr Kind zur Zeit gesundheitliche Probleme (auch unabhängig vom Asthma)?

.....

Mein Kind ist krankenversichert durch Vater Mutter eigenen Anspruch

Zuständige Krankenkasse Versicherungsnummer

Zweigstelle | Anschrift

Behandelnder Arzt

Da eine Nachschulung per Internet angeboten wird, würden wir uns über die Beantwortung der folgenden Fragen freuen:

Ist in Ihrer Familie Internetzugang möglich? ja nein

Sind Sie mit der Zusendung von Informationen, die die Asthmaschulung und die Nachschulung betreffen, per e-mail einverstanden?

ja nein

E-mail-Adresse

Bitte vergessen Sie nicht ihre Unterschrift auf der Rückseite!

Institut
für angewandte
Verhaltensmedizin
GmbH

www.iav-verhaltenstraining.de
info@iav-verhaltenstraining.de

Geschäftsstelle Berlin
Hermann-Hesse-Straße 64
13156 Berlin
Telefon (030) 47379020
Telefax (030) 47379021

Geschäftsstelle Dortmund
Feldgarten 33
44388 Dortmund
Telefon (0231) 6904310
Telefax (0231) 6904311

Bankverbindung
Volksbank
Dortmund-Nordwest eG
(BLZ 440 601 22)
Konto-Nr. 5023681200

Gemeinnützige GmbH
Amtsgericht Charlottenburg
HRB 74605

ACHTUNG! Nur für Kinder auszufüllen, die für das Feriencamp mit integrierter Asthmaschulung angemeldet werden.

Für mein Kind besteht eine Haftpflichtversicherung

Name der Versicherung

Vers. Nr.

Name des Hauptversicherten:

Kinderausweis / Reisepass-Nr.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind während des Aufenthaltes unter Berücksichtigung der durch das Asthma bedingten Einschränkungen und unter Aufsicht an allen sportlichen Aktivitäten teilnimmt (z.B. Baden, Fahrradfahren, Rodeln, Inlineskaten, Skifahren usw.).

ja

nein

wenn nein, welche

Mein Kind kann schwimmen.

ja

nein

Schwimmzeugnis vorhanden.

ja, wenn ja welches?

nein

In besonderen Fällen darf mein Kind von Betreuern in einem angemieteten oder privaten Fahrzeug mitgenommen werden.

ja

nein

Ich gestatte, dass an meinem Kind im Notfall medizinische Eingriffe vorgenommen werden dürfen.

ja

nein

Mir ist bekannt, dass Besuche während des Aufenthaltes aus pädagogischen Gründen nicht erwünscht sind.

Während der gesamten Dauer des Trainingscamps besteht Rauch- und Alkoholverbot.

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.

Zahlungsbedingungen

Der Eigenanteil von ist 2 Wochen vor Reisebeginn auf das Konto des IAV zu überweisen.

Während des Aufenthaltes meines Kindes im AVT-Camp bin ich unter folgender Anschrift / Telefonnummer zu erreichen:

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

.....
Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten