



## Verein Trittbrett

### Fragebogen zur Teilnahme bei Trittbrett Tagen

1. Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

2. Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

3. Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

4. Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

5. Wohnadresse/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

6. Handynummer Mutter: \_\_\_\_\_

7. Handynummer Vater: \_\_\_\_\_

8. Geschwister (bitte Namen und Jahrgang angeben) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Behinderungsbezeichnung / Diagnose ev. Nebendiagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Krankenkasse und Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Medikamente und Dosierung auch von Medikamenten die morgens /abends / nachts zuhause abgegeben werden.

**Wichtig bei einem Notfall!** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

12. Hatte das Kind in der Vergangenheit Anfälle?

Ja

Nein

Falls ja welche? Diagnose? \_\_\_\_\_

---

---

13. Ist das Kind allergisch?  Ja  Nein

Falls ja, auf was? Bitte Medikamente inkl. Dosierung und Anweisung mitgeben!

---

---

---

14. Hausarzt: Name, Adresse und Telefonnummer

---

---

---

15. Trägt ihr Kind Windeln oder Inkontinenzprodukte?

Ja

Nein

16. Wird Zuhause und in der Schule ein Toiletten Training durchgeführt?  Ja  Nein

Falls ja, was muss beachtet werden? Tipps für uns?

---

---

---

17. Kommunikationsform des Kindes :

Lautsprache       Ja                       Nein

Falls nein wie kommuniziert das Kind?

---

---

---

18. Hat ihr Kind Ängste? (z.B. Platzangst, Angst vor Tieren)

Ja                       Nein

Falls ja, was für Ängste?

---

---

---

19. Wie reagiert ihr Kind auf Lärm?

---

---

20. Welche Vorlieben hat ihr Kind? Hobbys?

---

---

---

21. Hat ihr Kind spezielle Essgewohnheiten?

vegetarisch               kein Schweinefleisch

Allergie/Unverträglichkeit \_\_\_\_\_

anderes \_\_\_\_\_

---

---

22. Wie isst ihr Kind?  selbstständig       mit Hilfe

püriert                       b.schneiden helfen

23. Hat ihr Kind eine Esshemmung, Schluckstörung etc.

Ja

Nein

24. Lieblingsessen: \_\_\_\_\_

25. Was isst es nicht: \_\_\_\_\_

26. Lieblingsgetränk: \_\_\_\_\_

27. Mobilität: ist ihr Kind  gut zu Fuss  im Rollstuhl

28. Wie lange kann ihr Kind gehen?  30 min. und mehr

20 min.

10 min. oder weniger

29. Braucht ihr Kind im Freien:

Kleingruppenaufsicht

eins zu eins Begleitung

Begleitung infolge Sturzgefahr

anderes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. Hat ihr Kind besondere Freuden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. Hat ihr Kind besondere Schwierigkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. Haben Sie noch weitere Wünsche oder Informationen für uns?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte** füllen Sie im Interesse ihres Kindes den Fragebogen sehr sorgfältig aus. Bitte geben Sie auf alle Fragen eine Antwort. Was für Sie als Eltern „normal“ ist, kann für uns ungewohnt sein.

**Elternbeitrag:** Für die Betreuung inkl. Mahlzeiten ist ein Elternbeitrag von Fr. 100.- pro Trittbrett Tag fällig. Falls Sie eine Rechnung benötigen, melden Sie sich bitte bei der Geschäftsstelle.

**Einverständniserklärung:**

Mit Ihrer Unterschrift sind Sie mit folgenden Punkten einverstanden:

- Alle Medikamente sind aufgeführt, auch jene die Zuhause abgegeben werden: Notfallmedikamente und Mittagsmedikamente werden an die Trittbrett Tage mitgegeben.
- Die Eltern bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass das Kind unfallversichert ist.
- Die Eltern bestätigen, dass wir Bilder von den Kindern veröffentlichen dürfen (Homepage, Facebook, Anlässe).

**Falls die nötigen Angaben fehlen, oder Medikamente nicht vorhanden sind, lehnt der Verein Trittbrett jede Haftung ab.**

**Bei Fragen setzen Sie sich bitte mit der Geschäftsstelle in Verbindung.**

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Bitte retournieren an die Geschäftsstelle:**

Geschäftsstelle Verein Trittbrett  
c/o Doris Hauri  
Schneckenrain 23  
5073 Gipf-Oberfrick