

Anmeldeformular Teil 2

Betreuter Familienurlaub in Albena Bulgarien

Beantwortung durch den behandelnden Arzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie sind von Ihrem Patienten (oder dessen Angehörigen/Betreuer) aufgefordert worden folgenden Fragebogen auszufüllen. Ihr Patient und dessen Angehörige/Betreuungsperson haben sich zur Teilnahme an einem betreuten Familienurlaub in Albena/Bulgarien angemeldet. Der Verein Holy-Days ermöglicht mit diesem Projekt dringende Auszeit für pflegende Angehörige.

Die folgenden Fragen sollen den Bedarf und eventuelle Risiken einer Teilnahme des Patienten eruieren. Ebenso werden die Informationen für den richtigen Umgang und das Verhalten im Notfall durch die ehrenamtlichen, qualifizierten Mitarbeiter benötigt und herangezogen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Personaldaten Reiseteilnehmer

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Daten des Arztes

Fachgebiet:

Name Praxis:

Straße:

PLZ:

Ort:

Land:

Telefon:

Email:

Holy-Days – Verein zur Forschung und Bildung von Fürsorge und Gesundheit zur Entwicklung allumfassenden Wohlbefindens für Körper, Geist und Seele

4794 Kopfing, Raffelsdorf 18

info@holy-days.at

VRZ: 1031565035

Bitte geben Sie die Diagnosen mit ICD 10 Code an!

Hauptdiagnose:

Code:

Nebendiagnose:

Code:

Medizinische Informationen:

Welche Medikamente bekommt der Teilnehmer (Name, Dosierung, Wirkung und Nebenwirkung?)

Sind Allergien gegenüber Medikamenten bekannt? Wenn ja, welche? Weitere Allergien oder paradoxe Reaktionen?

Welche eventuellen Risiken sehen Sie bei einem Aufenthalt in Bulgarien bzw. der Reise?

Falls ja, welche Maßnahmen zur Vorbeugung empfehlen Sie?

Gibt es Einwände, die gegen eine Flugreise sprechen?

Notfallplan – wie soll im Notfall (Epileptischer Anfall, Allergie, bei Blutungsneigung etc.) reagiert werden?

Gibt es Notfallmedikamente? Wenn ja, welches, welche Dosierung und Verabreichung?

Sonstige Bemerkungen, die wichtig sind für einen sicheren Aufenthalt?

Rollstuhl

Shunt

Inkontinenz

Sonde

Allergien*

Epilepsie**

Sauerstoff

Sonstiges:

*** Welche Allergien ?**

**** Häufigkeit der Anfälle pro Monat**

Der unterzeichnende Arzt erklärt, den Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben und stimmt der Teilnahme an der Reise nach Bulgarien zu.

Vielen Dank für die Mitarbeit!

Name des Arztes:

Ort, Datum

Unterschrift