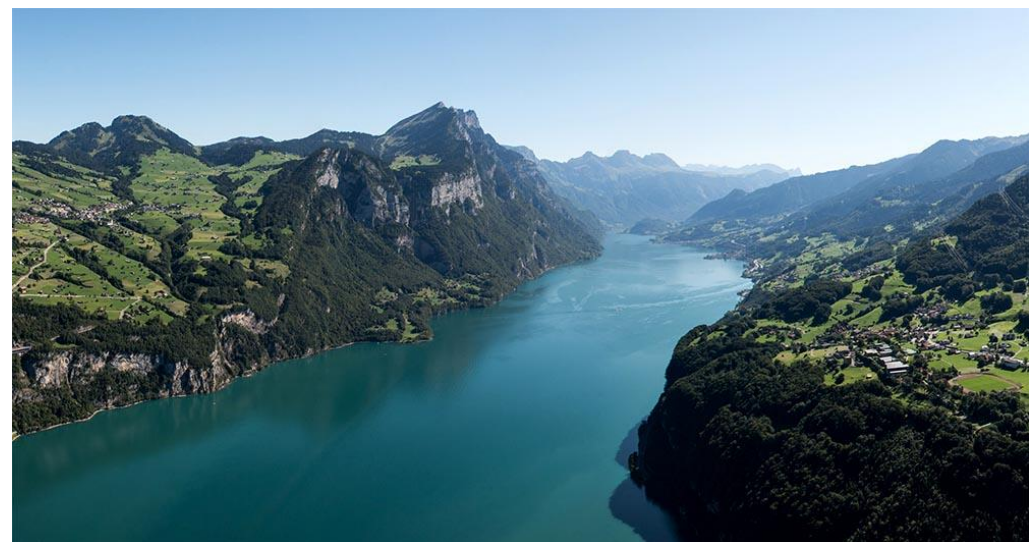


hiki

HILFE FÜR HIRNVERLETZTE KINDER

**hiki Jugendweekend
1. – 3. November 2019
Filzbach GL**



Hilfe für hirnerkrankte Kinder
Mühlebachstrasse 43
8008 Zürich
☎ 044 252 54 54



Sali zäme!

Auf vielfachen Wunsch geht es am diesjährigen JuWe wieder einmal in die Berge. Das Seminarhotel Lihn lädt zu einem komfortablen Aufenthalt, die Gegend bietet schöne Spaziergänge und eine Clownin sorgt für Unterhaltung.

Hast Du Lust, dabei zu sein? Dann komm doch mit. Herzlich eingeladen sind wie immer auch Deine Freunde und Geschwister ab 13 Jahren.

Für Fragen steht Dir unsere langjährige Leiterin, Gloria König, gerne zur Verfügung: 076 414 88 78

Wir freuen uns auf Dich!

Herzliche Grüsse,
Verein hiki
Gloria König
und das ganze JuWe-Team

Für wen? Jugendliche mit und ohne Hirnverletzung von 13 bis 25 Jahren

Wann? Freitag, 1.11.19 ab ca. 16 Uhr bis
Sonntag, 3.11.19 ca. 15 Uhr

Wo? www.lihn.ch in Filzbach GL

Für wie viel? Kostenbeitrag Fr. 50.00 pro Person

Anmelden: bis 30. September 2019 online über
www.hiki.ch/veranstaltungen oder mit
angehängtem Talon.

Abmelden: Kurzfristige Abmeldungen infolge
Krankheit o.a. bitte an Gloria König.

Nach Ablauf der Anmeldefrist erhältst Du von uns detaillierte
Informationen zum Weekendablauf.

JUGENDWEEKEND

Anmeldeformular

Angaben zur Familie:

Name, Vorname Eltern: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zum Teilnehmenden:

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Behinderung: _____

Besonderes Interessen: _____

Krankenkasse/Vers.-Nr.: _____

Unfall- und Krankenversicherung ist Sache der Eltern!

Im Notfall

Was?	Name	Adresse	Telefon
Kontaktperson im Notfall und Erreichbarkeit			
Behandelnder Arzt/Spital			

Fotos unseres Sohnes/unserer Tochter dürfen verwendet werden (für Jahresbericht etc.): ja nein

Wir wünschen vorgängig Kontakt mit dem/der Leiterin: ja nein

Bitte Anmeldung vollständig ausgefüllt bis **spätestens 30. September** an die Geschäftsstelle senden.
Vielen Dank!

Mit der Unterschrift bestätigen die Eltern, dass sie die Obhut für die Dauer des Jugendweekends an die LeiterInnen übergeben.

Datum: _____ Unterschrift: _____

bitte wenden!

Organisatorische Angaben

Hilfsmittel

	ja	nein	teilweise	ergänzende Angaben:
Stützapparat/Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikationsgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe:

- einen Elektro-Rollstuhl
 einen Handrollstuhl
 einen Elektro- und einen Handrollstuhl
 andere Transporthilfen, nämlich

Besonderes

	ja	nein	teilweise	ergänzende Angaben:
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezialnahrung (glutenfrei, laktosefrei, püriert o.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes (z.B. motorische Unruhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ja nein Ich benötige einen Duschhocker
ja nein Ich benötige ein Bettgitter/Bettgriff
ja nein Ich benötige ein Pflegebett
 Sonstiges.....

- Ich muss tagsüber liegen (wie lange?)
 Ich muss nachts umgelagert werden (wie oft?)
 Ich muss Schienen oder ein Korsett tragen
 Tagsüber
 In der Nacht
 Stundenweise (wie lange?)

Medikamente (falls nötig)

Medikament und Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht
Reserve-Medikamente (z.B. Fieber, Epi-Anfall)	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Pflegeplan

- 1 ganz selbständig**
- 2 braucht Überwachung und/oder Hilfe**
- 3 stark eingeschränkte Selbständigkeit**
- 4 ganz abhängig**

Gesicht waschen	<input type="checkbox"/>		Anziehen oben	<input type="checkbox"/>		Lagerung	<input type="checkbox"/>
						Mobilität	<input type="checkbox"/>
Waschen oben	<input type="checkbox"/>		Anziehen unten	<input type="checkbox"/>		Einreiben von Salben	<input type="checkbox"/>
						Verabreichen Augentropfen, -salben	<input type="checkbox"/>
Baden Duschen	<input type="checkbox"/>		Anziehen Socken Strümpfe Schuhe Finken Kleiderwechsel	<input type="checkbox"/>		Zahn- und Prothesen-Pflege	<input type="checkbox"/>
Waschen Intimbereich	<input type="checkbox"/>		Haarpflege	<input type="checkbox"/>		Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz Material	<input type="checkbox"/>		Rasieren	<input type="checkbox"/>		Besonderheiten	

Bemerkungen
