

**hiki**

HILFE FÜR HIRNVERLETZTE KINDER



Hilfe für hirnerkrankte Kinder  
Mühlebachstrasse 43  
8008 Zürich  
☎ 044 252 54 54 / Fax: 044 252 55 54



**hiki Jugendweekend  
3. – 5. November 2017  
Berlingen, Bodensee**

Sali zäme!

Hast Du Lust, mit all Deinen Sinnen etwas Neues zu entdecken? Dann komm doch an unser Jugendweekend. Wir werden einen Sinnesparcours erkunden, Spaziergänge machen und natürlich viel zusammen Spielen und Quatschen.

Wie im letzten Jahr findet das Jugendweekend im komfortablen, barrierefreien Ferienhotel der Stiftung Pro Handicap in Berlingen statt. Für eine 1:1-Betreuung sorgt unser bewährtes JuWe-Team.

Herzlich eingeladen sind wie immer auch Deine Freunde und Geschwister ab 13 Jahren.

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

Am Wochenende selber übernehmen Chaturi Dehiwala und Marianne Pfiffner die Leitung.

Wir freuen uns, wenn Du dabei bist!

Herzliche Grüsse,  
Verein hiki  
Gloria König, Chaturi Dehiwala und Marianne Pfiffner  
und das ganze JuWe-Team

Altersbegrenzung: von 13 bis 25 Jahren

Kosten pro Teilnehmer: Fr. 50.00

Zeitraumen: von Freitag, 3.11.17 ab ca. 16:30 Uhr  
bis Sonntag, 5.11.17 ca. 15:30 Uhr

Infos zum Haus: [www.ferienhotel-bodensee.ch](http://www.ferienhotel-bodensee.ch)

Anmelden: bis 30. September 2017  
Hilfe für hirnerkrankte Kinder  
Mühlebachstrasse 43  
8008 Zürich  
Tel. 044 252 54 54  
Fax. 044 252 55 54  
Email: [info@hiki.ch](mailto:info@hiki.ch)

Abmelden: Kurzfristige Abmeldungen infolge Krankheit o.a. bitte an [info@hiki.ch](mailto:info@hiki.ch).

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/unsere 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:				
<input type="checkbox"/> einen Elektro-Rollstuhl				
<input type="checkbox"/> einen Handrollstuhl				
<input type="checkbox"/> einen Elektro- und einen Handrollstuhl				
<input type="checkbox"/> 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/einen 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 von 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	<input type="checkbox"/>

## Bemerkungen

---



---



---



---



---



---