

# Wichtige Informationen zur Klassenfahrt für das Assistententeam der Realschule/ Fachoberschule

Ernst-Barlach-Schulen GmbH  
Integrative Schulen mit Schwerpunkt  
körperliche und motorische Entwicklung

Barlachstraße 26  
80804 München  
www.ebs-m.de

**Ernst-Barlach-Real-  
und Fachoberschule**  
Eberhard Kick  
Leitung Assistententeam  
Telefon 089 8393-6031  
eberhard.kick @ ebs-m.de

Name der SchülerIn .....

Datum der Klassenfahrt .....

Ziel der Fahrt .....

Handynummer der SchülerIn .....

Geburtsdatum .....

Notfall-Telefonnummer daheim .....

Adresse der Eltern .....

Bei welcher Krankenkasse ist  
die SchülerIn versichert. ....

Art der Behinderung .....

## Medikamente

### 1. Tägliche Medikamente:

selbständige Einnahme

.....  
Soll die Einnahme von Medikamenten kontrolliert werden?  ja  nein

nicht selbständige Einnahme

Die Assistenten dürfen nur nach ärztlicher Anweisung Medikamente ausgeben!  
Siehe Sonderblatt!

### 2. Medikamente für besondere Notsituationen (Notfallmedikament)

### 3. Eventuelle Notfälle, die auftreten könnten

.....  
4. Unverträglichkeiten von bestimmten Medikamenten?  ja  nein

.....

## **Pflege**

### Welche Hilfe wird benötigt?

#### 1. Welche Hilfe wird tagsüber benötigt?

Hilfe bei:

Essen, Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Anziehen, Ausziehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schieben bei Ausflügen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kathetern:

Selbständiges Kathetern

mit Liege

Wie oft muss täglich kathetert werden?

mit Hilfe von Assistenten

im Rolli

.....

#### 2. Hilfe, die nachts benötigt wird

Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nachtwache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beatmung in der Nacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drehen im Bett: wie oft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Toilettengang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### 3. Hat die SchülerIn

einen Teleskop-Stab	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ein Korsett	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Prothesen/ Schienen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allergien  ja  nein .....

Diät  ja  nein .....

### Hilfsmittelbedarf:

Welche Hilfsmittel bringt die SchülerIn auf die Klassenfahrt mit?

Lifter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
E-Rolli	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ersatzrolli/Schieber	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Duschstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beatmungsgerät/Ersatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und bitten Sie um verbindliche Angaben, damit wir die Klassenfahrt gut vorausplanen können.

Diese Daten werden in einem Notfall, wenn Sie nicht jetzt widersprechen, von uns an den behandelnden Arzt vor Ort weitergegeben.

.....  
Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten