

# Anmeldebogen: Spaß- und Partywochenende für junge Erwachsene

## Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse, Telefonnummer (unbedingt angeben)

**Rollstuhlfahrer:** ja  nein   
**Allergien:** ja  nein

**Medikamente:** ja  nein

Falls ja, bitte entsprechendes Formblatt in der Anlage ausfüllen!

Termin	Ziel	Name, Vorname	Besonders:
8.11.24 Bis 10.11.24	<b>Spaß- und Partywochenende Für junge Erwachsene</b>		Einzelbetreuung notwendig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Anmeldeschluss: 16.09.2024

Hiermit melde ich mich bzw. den/die zuvor genannten Teilnehmer/in für die markierten Ausflüge an.  
Die Anmelde- und Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und stimme diesen zu.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Teilnehmer ggf. gesetzliche Betreuungsperson

# Anmeldebogen: Spaß- und Partywochenende für junge Erwachsene

## Anlage Medikamente/Allergien

### Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1. Liegen Krankheiten (wie z. B. epileptische Anfälle), bzw. Allergien vor, die während des Ausfluges von unseren Mitarbeitern beachtet bzw. medizinisch behandelt werden müssen? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

2. Wie müssen diese Krankheiten gehandhabt werden? (Was ist zu tun, z. B. bei epileptischen Anfällen, allergischen Reaktionen? Sind Medikamente zu verabreichen? Wenn ja, welche? Wie und wann werden sie verabreicht?)

\_\_\_\_\_

3. Hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_

(Vorname, Name), als

Bezugsperson bzw. gesetzliche(r) Vertreter/in von

\_\_\_\_\_, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiter

(= keine medizinischen Fachkräfte) der EJM Hollerhaus gGmbH Ingolstadt, bei Bedarf das vom Arzt \_\_\_\_\_

(Name, Adresse, Tel.) verordnete Medikament

\_\_\_\_\_ (Name des Medikaments) nach Anweisung

des beiliegenden Arztbriefs vom \_\_\_\_\_ verabreichen dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzl. Betreuungsperson)

# Anmeldebogen: Spaß- und Partywochenende für junge Erwachsene

## Anlage Rollstuhlfahrer/in

### Teilnehmer/in

---

(Name, Vorname)

Hiermit erkläre ich,

- dass der von mir für Fahrten in Behindertentransportkraftwagen (Fahrdienste, Hollerhaus-Busse) genutzte Rollstuhl über ein spezielles Rückhaltesystem, den sog. „Kraftknoten“ (DIN 75078-2) verfügt. Ich erkläre ausdrücklich mein **Einverständnis** mit der Beförderung durch Fahrdienste und Behindertentransportkraftwagen der EJM Hollerhauses gGmbH, Bei der Hollerstaude 17,85049 Ingolstadt.
- dass der von mir genutzte Rollstuhl nicht über ein spezielles Rückhaltesystem, den sog. „Kraftknoten“ verfügt und somit *nicht den geltenden Sicherheitsstandards* (DIN 75078-2) entspricht. Ich weiß, dass die Beförderung diesbezüglich auf meine eigene Gefahr durch die Fahrdienste und Behindertentransportkraftwagen des Hollerhauses durchgeführt wird. Trotz des nicht vorhandenen „Kraftknotens“ an meinem Rollstuhl, erkläre ich ausdrücklich mein **Einverständnis** mit der Beförderung durch Fahrdienste und Behindertentransportkraftwagen der EJM Hollerhaus gGmbH, Bei der Hollerstaude 17,85049 Ingolstadt.
- dass ich nicht mit dem Rollstuhl befördert werden darf, sondern im Fahrzeug auf den üblichen Insassenplätzen gesichert transportiert werde.

---

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzl. Betreuungsperson)

Bitte zurück senden an:

EJM Hollerhaus gGmbH, Offene Hilfen, Stinnesstr. 6, 85057 Ingolstadt,  
[oh.offenehilfen@ejm.de](mailto:oh.offenehilfen@ejm.de)