

## Teilhabe-Angebote - Informationsblatt für die MitMachReisen



Name, Vorname:	Geb.-Ort:  Geb.-Datum:  Staatsangehörigkeit:
Adresse:  Entspricht die Adresse der Rechnungsadresse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tel.:  Handy:
Name und Adresse der Angehörigen:  Entspricht die Adresse der Rechnungsadresse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tel.:  Handy:  E-Mail:
Name und Adresse gesetzlich Vertretender:  Entspricht die Adresse der Rechnungsadresse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tel.:  Handy:  E-Mail:
Diagnose:	Schule - Arbeitsplatz:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Pflegekasse: Krankenversicherungsnummer:	
Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja, mit _____% <input type="checkbox"/> Nein Haben Sie ein Beiblatt mit gültiger Wertmarke für den Reisezeitraum zum Schwerbehindertenausweis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche Merkzeichen sind im Schwerbehindertenausweis angegeben? _____ Gibt es einen Parkausweis, der der Gruppe bei Bedarf mitgegeben werden kann? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

## Teilhabe-Angebote - Informationsblatt für die MitMachReisen



Ist eine Medikamentengabe während der Reise erforderlich?  Ja  Nein

Erfolgt die Einnahme der Medikamente selbstständig?  Ja  Nein

Die beigefügte Verordnung über die Medikamentengabe ist vom Arzt auszufüllen und uns bis sechs Wochen vor Reiseantritt vorzulegen.

Die Medikamente müssen für den Zeitraum der Reise **in Dosetten gestellt** mitgegeben werden. Bitte geben Sie mindestens eine weitere gestellte Dosette als Ersatz mit.

Die Freizeitbegleitenden dürfen keine Medikamente stellen.

Letzte Tetanusimpfung war am: \_\_\_\_\_

Benötigen Sie einen Rollstuhl?  Ja  Nein

Ist der Rollstuhl klappbar?  Ja  Nein

Maße des Rollstuhls: \_\_\_\_\_

Wie werden Sie im Auto befördert?  im Rollstuhl  auf dem Autositz

Weitere Hilfsmittel (werden mitgebracht) z.B. Lifter, Toiletten-Stuhl, Prothesen:

Ist ein Pflegebett erforderlich?  Ja  Nein

Haben Sie Epilepsie?  Ja  Nein

Letzter Anfall war am: \_\_\_\_\_

Kurze Anfallsbeschreibung:

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Krankheiten?  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## Teilhabe-Angebote - Informationsblatt für die MitMachReisen



<b>Verhalten:</b>	<b>gar nicht</b>	<b>gelegentlich</b>	<b>regelmäßig</b>
Sie zeigen Aggressionen gegen Sachen oder Personen.			
Sie zeigen Gewalt gegen sich selbst.			
Sie sind distanzlos gegenüber anderen.			
Sie haben Hinlauftendenzen.			
Sie stecken sich Gegenstände in den Mund. (Gefahr des Erstickens)			

Welche Ängste oder Abneigungen haben Sie?	
Welche Besonderheiten beim Schlafen / Einschlafen haben Sie? Z.B. Schnarchen	
Was kann bei Heimweh getan werden?	
Welche Freizeitinteressen haben Sie?	
Verwalten Sie das Taschengeld selbstständig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Sprache:</b>	<b>ja</b>	<b>teilweise</b>	<b>nein</b>
Sie können Ihre Bedürfnisse deutlich machen.			
Sie können sprechen.			
Sie sprechen in ganzen Sätzen.			
Fremde Menschen können Sie verstehen.			

Welche individuellen Zeichen, Mimik, Gestik, evtl. Hilfsmittel zur Kommunikation haben Sie?	
Wie reagieren Sie, wenn Sie nicht verstanden werden?	
Gibt es sonstige Erläuterungen zur Sprache?	

## Teilhabe-Angebote - Informationsblatt für die MitMachReisen



<b>Mobilität:</b>	<b>ja</b>	<b>mit Unterstützung</b>	<b>nein</b>
Sie können alleine gehen.			
Sie können alleine Treppe steigen.			
Sie können schwimmen.			
Sie können sich ohne Begleitung in fremder Umgebung bewegen und orientieren.			
Gibt es sonstige Erläuterungen zur Mobilität?			

<b>Ernährung:</b>	<b>ja</b>	<b>mit Unterstützung</b>	<b>nein</b>
Sie können selbstständig essen.			
Sie können sich das Essen selbstständig nehmen.			
Gibt es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme (z.B. pürierte Nahrung o. ä.)?			
Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Was schmeckt Ihnen besonders gut, bzw. gar nicht?			
Gibt es sonstige Erläuterungen zur Ernährung?			

## Teilhabe-Angebote - Informationsblatt für die MitMachReisen



Hygiene und Pflege:	ja	mit Unterstützung	nein
Sie waschen sich selbstständig.			
Sie duschen selbstständig.			
Sie waschen sich selbstständig die Haare.			
Sie putzen sich selbstständig die Zähne.			
Sie rasieren sich selbstständig.			
Sie ziehen sich selbstständig an.			
Sie binden sich selbstständig die Schuhe.			
Sie gehen selbstständig zur Toilette.			
Sie können sich nach dem Toilettengang eigenständig und ausreichend säubern.			
Sie erledigen diese Aufgaben aus eigenem Antrieb.			
Sie wechseln während der Periode Ihre Vorlagen selbstständig.			
Gibt es sonstige Erläuterungen zur Hygiene und Pflege?			

**Gibt es noch weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?**

Bitte füllen Sie dieses Informationsblatt **sehr gewissenhaft und lückenlos** aus. Sie leisten damit einen ganz erheblichen Beitrag zum guten Gelingen der Reise. Bitte beachten Sie: Vor Ihrer ersten Reise legen wir in einem gemeinsamen, persönlichen Gespräch Ihre Assistenz-Kategorie fest. Bei Veränderungen der Unterstützungsbedarfe passen wir die Assistenz-Kategorie für die nächste Reise an.

Bitte fügen Sie diesem Informationsblatt ein Foto von sich bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
erstellt von

# Anmelde-Bogen für Reisen 2024



**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Wohnort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

## Für folgende Reise möchte ich mich anmelden:

Reise: \_\_\_\_\_

und  oder

Reise: \_\_\_\_\_

und  oder

Reise: \_\_\_\_\_

und  oder

Reise: \_\_\_\_\_

## Ich buche zusätzlich gegen Aufpreis und auf Anfrage:

ein Einzel-Zimmer

ein Pflege-Bett

## Bitte beantworten Sie uns noch die folgenden Fragen:

Haben Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis?  Ja  Nein

Merk-Zeichen \_\_\_\_\_ Grad der Behinderung \_\_\_\_\_%

Wertmarke  Ja  Nein

Benutzen Sie einen Rollator / Rollstuhl?  Rollstuhl  Rollator  Nein

Wie werden Sie im Auto befördert?  im Rollstuhl  auf dem Autositz

Ist der Rollator / Rollstuhl klappbar?  Ja  Nein

Haben Sie Epilepsie (auch bei Anfallsfreiheit)?  Ja  Nein

Ansprech-Partner für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Empfängers der Rechnung. Falls abweichend, bitte gesondert angeben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Anmelde- und Teilnahme-Bedingungen (siehe Heft Seite 10-11 und 40-45) gelesen habe und damit einverstanden bin.

Außerdem bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich folgendes zur Kenntnis genommen habe:

- Reisebegleitende sind keine Fachkräfte in der Pflege oder Pädagogik
- Reisebegleitende dürfen nur die in Dosetten gestellten Medikamente geben
- Reisebegleitende dürfen keine Betäubungsmittel verabreichen

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie diesen Anmelde-Bogen zusammen mit dem Info-Bogen ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück.

Für die Verteilung der Plätze werden beide Bögen benötigt.

Team Teilhabe-Angebote Merschweg 1 a 33104 Paderborn-Schloß Neuhaus
---

Findet die Reise statt, erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung und eine Rechnung von uns. Damit wird Ihre Anmeldung verbindlich.

Manchmal melden sich zu viele Teilnehmer für eine Reise an. Dann wird eine Warte-Liste erstellt. Wenn ein Platz frei wird, rückt eine Person nach. Wir informieren Sie, wenn Sie auf der Warte-Liste stehen.