

Teilnehmerbogen

Dieser Teilnehmerbogen dient unseren Reisebegleitern der genauen Reisevorbereitung. Um jeden Teilnehmer eine persönliche und den individuellen Bedürfnissen entsprechende Betreuung bieten zu können, bitten wir Sie, diesen Teilnehmerbogen möglichst ausführlich und aufschlussreich auszufüllen.

Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt. (Falls Sie mehrere TeilnehmerInnen anmelden möchten, bitten wir diesen Bogen entsprechend oft zu kopieren.)

Datum der Ausstellung: _____

Angaben zur Person:

Name:
Vorname:
Geb. Datum:
Telefonnr.:
Ich wohne:
<input type="radio"/> alleine: _____ Anschrift, Telefon
<input type="radio"/> im Heim: _____ Anschrift, Ansprechpartner, Telefon
<input type="radio"/> Außenwohngruppe: _____ Anschrift, Ansprechpartner, Telefon
<input type="radio"/> Eltern: _____ Anschrift, Ansprechpartner, Telefon

Bitte
mit einem
Foto!



Angaben zum/r gesetzlichen BetreuerIn:

Name:
Vorname:
Anschrift:
Telefon:
Mobil:
Aufgabenbereiche:

Art der Behinderung:

Ich habe eine:	<input type="radio"/> geistige Beh.	<input type="radio"/> Lernbeh.
	<input type="radio"/> Körperbeh.	<input type="radio"/> Psypch. Beh.
Ergänzung:		
Ich habe eine Pflegestufe:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Ich habe einen Behindertenausweis:	<input type="radio"/> Ja GdB= ____%	<input type="radio"/> Nein
Folgende Merkzeichen sind darin vermerkt:	<input type="radio"/> B <input type="radio"/> G <input type="radio"/> aG	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> BI <input type="radio"/> GI

Ich habe eine Sinnesbehinderung: Ergänzung:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich habe Diabetes: Ergänzungen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich habe Epilepsie: Meinen letzten Anfall hatte ich: _____ Anfallhäufigkeit: _____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich habe folgende Unverträglichkeiten bzw. Allergien: Ergänzung:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich benutze ein(e): Ergänzungen:	<input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Gebiss	<input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Prothese
Ich nehme regelmäßig Medikamente: <input type="radio"/> Meine Medikamente verwalte ich selbst und nehme sie selbständig zu mir. <input type="radio"/> Die Medikamente sollten kontrolliert über eine Reisebegleitung verabreicht werden. <small>(Menge, Dosis und Wirkung der zu verabreichenden Medikamente werden im Vorfeld der Reise noch einmal über ein gesondertes Formular abgefragt).</small>	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Kompetenz:

	Ja	Nein	Teilweise	Ergänzungen:
Kommunikation:				
Ich kann sprechen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann lesen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann schreiben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Orientierung:				
Ich bin sicher im Straßenverkehr:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ich kann mich in fremder Umgebung (fremder Stadt) orientieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Einverständnis:				
Ich darf mich alleine (ohne Begleitung) von der Reisegruppe entfernen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ich darf mich in Kleingruppen (ab 2 Pers.) von der Reisegruppe entfernen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

	Ja	Nein	Teilweise	Ergänzungen:
Es besteht eine Badeerlaubnis. (Ich darf ins Wasser gehen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/> Schwimmer <input type="radio"/> Nichtschwimmer
Es besteht eine Mitfahrerlaubnis für Ausflüge mit dem Kleinbus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ich darf Alkohol trinken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ich darf Rauchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sonstiges:				
Ich brauche Hilfe bei der Verwaltung des Taschengeldes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Ich darf gängige Medikamente nehmen. (z.B. bei Durchfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Angaben über Verhütung: (Pille) Ergänzung:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Mobilität:

Ich benötige folgende Hilfsmittel:	<input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Lifter	<input type="radio"/> E-Rolli <input type="radio"/> Dusch-/WC-Stuhl
Ich benötige den Rollstuhl:	<input type="radio"/> ständig (sehr unbeweglich) <input type="radio"/> wenige Schritte ohne Hilfe	<input type="radio"/> wenige Schritte mit Hilfe <input type="radio"/> nur bei Ausflügen
Ich benötige Hebehilfen:	<input type="radio"/> ständig (sehr unbeweglich) <input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> selbst. Übersetzen möglich <input type="radio"/> Nie
Ich benötige Schiebehilfen:	<input type="radio"/> immer <input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> teilweise <input type="radio"/> Nie
Mein Rollstuhl ist faltbar:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rolli-Breite (nicht gefaltet):	_____ cm	
Ich wiege:	_____ kg	
Rolli-Packmaß (gefaltet):	_____ BxHxT	

Assistenz:

	Nein / Selbständig	Erinnerung	Kontrolle	Ja	Wenn Ja, dann bitte Ergänzung
Beim An- und Ausziehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei den Mahlzeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beim Waschen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beim Duschen / Baden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beim Zähneputzen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beim Rasieren:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beim Toilettengang:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Beim Kofferpacken:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich leide unter Inkontinenz:	<input type="radio"/> nie			<input type="radio"/> selten	
	<input type="radio"/> ständig			<input type="radio"/> nur Nachts	
Deshalb trage ich:	<input type="radio"/> Windeln			<input type="radio"/> Einlagen	
Als AssistentIn benötige ich unbedingt:	<input type="radio"/> eine Frau			<input type="radio"/> einen Mann	
	<input type="radio"/> egal				

Als Zimmer benötige <input type="radio"/> DZ <input type="radio"/> EZ
ich unbedingt: <input type="radio"/> egal
Beachten Sie bitte, dass DZ- und EZbuchungen nicht auf allen Reisen möglich sind. Sonstiges: _____

Vorlieben / Interessen:

Ich möchte mit (bzw. nicht mit) _____ in einem Zimmer schlafen.
Ich habe folgende Vorlieben und Interessen / mir ist wichtig: _____
Ich mag nicht / darauf sollten Sie achten: _____
Was Sie sonst noch über mich wissen sollten: _____ _____