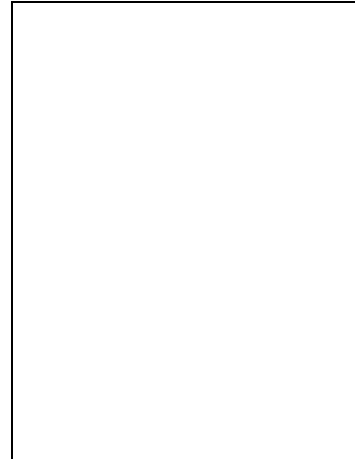


# Teilnehmerbogen für Erwachsene

(Bitte gut lesbar ausfüllen)

## Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Reiseziel: \_\_\_\_\_



**Bitte Foto einfügen!**

Art der Behinderung: _____					
Schwerbehindertenausweis? _____ GdB					
<b>B</b> im Ausweis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wertmarke vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Pflegegrad:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Name der Krankenkasse:			Krankenversicherungsnummer:		

Gibt es Erkrankungen?	Ja	Nein
Haben Sie Epilepsie – Anfallsleiden? Wann war der letzte Anfall? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes - Zuckerkrankheit? Müssen Sie Insulin nehmen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Brauchen Sie Hilfsmittel?	Ja	Nein		Ja	Nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, umsetzen in Bus möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletten/Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorlagen oder Windeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ess- und Trinkhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie andere Hilfsmittel? _____					
Haben Sie eine Allergie oder Lebensmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche? _____					
Benötigen Sie eine Einzelbetreuung erforderlich? Weil, _____				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamente</b>			<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Benötigen Sie Medikamente?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sie nehmen die Medikamente eigenverantwortlich ein?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die für mich notwendigen Medikamente durch die Reisebegleitung verabreicht werden. Eine Verabreichung erfolgt <u>nur</u> nach der aktuellen ärztlichen Medikamentenverordnung und wird den Reiseunterlagen beigefügt.					
Letzte Tetanusimpfung am: _____					
<b>WICHTIG! Bitte fügen Sie die aktuelle Medikamentenverordnung und eine Kopie vom Impfausweis den Reisedokumenten bei.</b>					

<b>Schwimmen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Können Sie schwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Schwimmbzeichen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Schwimmhilfen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie eine ständige Handreichung im Wasser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Benötigen Sie Hilfe</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
- bei der Körperhygiene (Waschen, Duschen, Eincremen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Essen und Trinken (z. B. pürierte Kost?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Umgang mit dem Taschengeld? Sollte dies eingeteilt werden, wenn ja, in welcher Höhe? _____ € / Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei der Teilnahme im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Mobilität</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Haben Sie eine Gehbehinderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie körperlich belastbar (Spaziergang über 30 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist es für Sie möglich, sich ohne Betreuer, aber mit 2-3 Personen von der Gruppe zu entfernen, z. B. bei einem Stadtbummel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie allein in der Unterkunft zurück bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, benötigen Sie Unterstützung in der Mengeneinteilung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verständigung / Selbständigkeit</b> Wie teilen Sie sich mit?  - Falls Sie sich nicht über Sprache mitteilen, mit welcher Gestik, Mimik oder weiteren Hilfsmittel verständigen Sie sich?  - Wie kann man als Begleiter Bedürfnisse, Unwohlsein oder Schmerzen erkennen?  - Können Sie andere Leute gut verstehen?		
<b>Besonderheiten</b> (Verhalten, Schlaf- und Eßgewohnheiten....?)  Was sollte der Begleiter wissen?  Wichtige Informationen zum Hilfebedarf?		
Was mögen Sie sehr gerne? Was tun Sie gerne in Ihrer Freizeit?		
Was mögen Sie gar nicht? Wovor haben Sie Angst?		

## Wichtige Adressen

<b>1. Angehörige</b>	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon/ Handy:	
Fax, E-Mail:	
<b>2. Betreuer (falls abweichend)</b>	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon/ Mobil:	
Fax, E-Mail:	
<b>3. Hausarzt</b>	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	

Alle Angaben sind nur für die Reisebegleitungen wichtig.

### Erlaubnis für Fotos und Filme für \_\_\_\_\_

Wenn ich eine Reise mit der Lebenshilfe mache, dürfen Fotos von mir gemacht werden.

ja       nein

Wenn ja, dürfen diese Fotos:

Auf eine CD für die Reisegruppe       ja       nein

Im Reisekatalog gezeigt werden       ja       nein

Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass ich sonst die Reise nicht mitmachen kann. Dann muss ich trotzdem bezahlen.

### Datenschutz

Ihre Daten werden durch die jeweilige Lebenshilfe gespeichert und nur weitergegeben, wenn dies für den Ablauf der Reise wichtig ist. Weitere Informationen zum Datenschutz und Ihren Rechten auf Widerspruch und Auskunft finden Sie unter: [www.lebenshilfe-vernetzung.de](http://www.lebenshilfe-vernetzung.de)

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ggf. gesetz. Betreuer\*in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Fachkraft