

(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					
<b>Pflegegrad:</b>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Name der Krankenkasse:			Krankenversicherungsnummer:		

Erkrankungen	Ja	Nein
Liegt eine Epilepsie – Anfallsleiden vor? Wann war der letzte Anfall: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beantworten Sie alle Fragen, damit wir gut planen können. Vielen Dank**

Hilfsmittel	Ja	Nein		Ja	Nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, umsetzen in den 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"/>

Werden andere Hilfsmittel mitgenommen?		
Hat Ihr Kind eine Allergie oder Lebensmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche?		
Einzelbetreuung erforderlich? Weil,		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamente</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Nimmt ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erklärung:</b> Ich bin damit einverstanden, dass die für mein Kind notwendigen Medikamente durch die Reisebegleitung verabreicht werden. Eine Verabreichung erfolgt <u>nur</u> nach der aktuellen ärztlichen Medikamentenverordnung und wird den Reiseunterlagen beigelegt.		
Letzte Tetanusimpfung war am:		
<b>WICHTIG! ! Bitte fügen Sie die aktuelle Medikamentenverordnung und eine Kopie vom Impfausweis den Reisedokumenten bei.</b>		

<b>Schwimmen</b>		
Kann Ihr Kind schwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind ein Schwimmabzeichen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Ihr Kind Schwimmhilfen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verhaltensweisen</b>		
Reagiert Ihr Kind gegen Personen, sich selbst oder Sachen mit Gewalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennt und beachtet Ihr Kind Verkehrsregeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt Ihr Kind zu Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt Ihr Kind fremdes Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sprache</b>		
Kann Ihr Kind sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind alles verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können fremde Menschen ihn/ sie verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind seine/ihre Bedürfnisse deutlich machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind wütend, wenn er/ sie nicht verstanden wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Mobilität</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Kann Ihr Kind alleine gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigt Ihr Kind alleine Treppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht Ihr Kind gerne spazieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen bestimmte Schlafgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____		
Wird Ihr Kind nachts umgelagert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hilfebedarf</b>		
Wäscht Ihr Kind sich selbständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duscht Ihr Kind sich selbständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht Ihr Kind alleine zur Toilette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind sich nach der Toilette alleine gut säubern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trägt Ihr Kind Vorlagen oder Windeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Putzt Ihr Kind sich alleine die Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht Ihr Kind sich alleine an und aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht Ihr Kind die Schuhe alleine an und aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diese Informationen sind uns besonders wichtig!</b>		
<p><b>Verständigung / Selbständigkeit</b> Wie teilt ihr Kind sich mit?</p> <p>- Ggf. mit welcher Gestik, Mimik oder weiteren Hilfsmittel kann man sich verständigen?</p> <p>- Wie kann man als Begleiter Bedürfnisse, Unwohlsein oder Schmerzen erkennen?</p>		

<p><b>Besonderheiten</b> (Verhalten, Schlaf- und Eßgewohnheiten...)</p> <p>Was sollte der Begleiter wissen?</p>	
<p>Was mag Ihr Kind sehr gerne? Womit spielt es gerne?</p>	
<p>Was mag Ihr Kind gar nicht? Wovor hat es Angst?</p>	

---

### Wichtige Adressen

<b>1. Angehöriger</b>	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon	
Mobil:	
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:	

#### **Wichtige Information:**

Alle Angaben sind nur für die Reisebegleiter wichtig.

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

- Die umseitige **Erlaubnis für Fotos und Filme** für mein Kind habe ich gelesen und ausgefüllt.
- Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass mein Kind möglicherweise sonst die Reise nicht mitmachen kann. Die Reise müssen wir in diesem Fall 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)

---

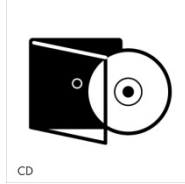
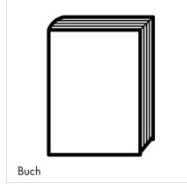
Ort

Datum

(Erziehungsberechtigte/r)

---

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



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

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

Diese Fotos dürfen:

auf eine CD für die Reisegruppe

im Katalog gezeigt werden.

Ja    Nein

---

Datum

Unterschrift

---

wenn nötig: Datum, Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in

Geprüft durch das Büro für Leichte Sprache, Lebenshilfe Braunschweig

Prüflogo    © European Easy-to-Read Logo: Inclusion Europe  
Bilder    © Annette Kitzinger für metacom

