



**Persönliche Daten des Teilnehmers der Reise Nr.:** ..... (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

**Teilnehmer/in**

**Name** .....

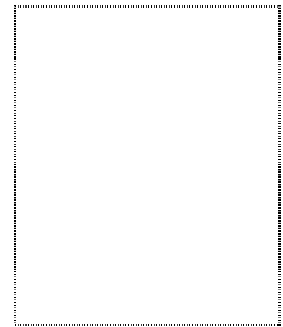
**Vorname** .....

**Geb. Datum** .....

**Straße** .....

**PLZ / Ort** .....

**Telefon/Handy** .....



Bitte fügen Sie falls vorhanden ein **Foto** ein

**Wichtige Adressen**

**Betreuer/in**

**Angehörige**

Name/Vorname .....

Straße .....

PLZ / Ort .....

Telefon/Handy .....

**Hausarzt**

Name/Vorname .....

Straße .....

PLZ / Ort .....

Telefon/Handy .....

**medizinische Informationen**

Diabetiker       Epileptiker

sonstige Erkrankungen .....

Tetanusimpfschutz       nein       ja (letzte Impfung) .....

Notfallmedikament: ..... Sonstiges/ Detailbeschreibung – Hilfen zur Medikation

Medikamenteneinnahme       nein       ja      wenn ja bitte unten Details beschreiben

(Welche Medikamente - wie und zu welcher Zeit sollen diese genommen werden? Wie soll während der Fahrt gehandelt werden?)

Sind Hilfen bei Medikamenteneinnahmen oder medizinischen Handlungen notwendig, müssen Kopien der aktuellen Verordnungen bei Reisebeginn der Reisebegleitung übergeben werden und ein Einverständnis zur Vergabe der Medikation muss vorliegen.

-- **Mir ist bekannt**, dass Hilfen zur Medikation nicht durch medizinisches Fachpersonal, sondern durch die Reisebegleitung erfolgen. --

**Weitere Daten des Teilnehmers**

**Schwerbehindertenausweis:**       nein       ja      Merkzeichen im SW-Ausweis: .....

SW-Ausweis Nr.: ..... Art der Behinderung: .....

**Personalausweis Nr.:** ..... **+ gültig bis:** .....



<b>notwendige Hilfen</b>		<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht essen dürfen? - wenn Ja welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfe:	- 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, Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- beim Schwimmen / Baden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wenn ja welche? _____		
	- beim Umgang mit Geld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wenn ja sollte dies eingeteilt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wenn ja in welcher Höhe? _____		
	- bei der Teilnahme im Straßenverkehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wenn ja welche? _____		
	- Gibt es Weglauftendenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Können bzw. dürfen Sie sich ohne Begleitung von der Gruppe entfernen, z.B. bei einem Stadtbummel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Wie weit/wie lange? _____		
	- Können Sie allein in der Unterkunft zurück bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Benötigen Sie einen Rollstuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Wenn ja <input type="checkbox"/> innerhalb, <input type="checkbox"/> außerhalb des Hauses?			
- Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Können, bzw. dürfen Sie Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Wenn ja sollte dies eingeteilt werden? _____			

**Verständigung / Selbständigkeit**

**Wie teilen Sie sich mit?**

- Falls sich jemand nicht über Sprache ausdrücken kann, welche Gestik und Mimik? \_\_\_\_\_

- Wie kann man als Begleiter Bedürfnisse, Unwohlsein oder Schmerzen erkennen? \_\_\_\_\_

- Wie sieht das Sprachverständnis aus? \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

- Was sollte ein Begleiter unbedingt noch wissen, z.B. über Neigungen, Ängste, Vorlieben, etc.? \_\_\_\_\_

**notwendige Hilfsmittel**

Brillenträger/in       Hörgerät       Prothesen       Orthesen

Rollator       Rollstuhl       Toilette-Duschstuhl       Ess- und Trinkhilfsmittel

andere Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Ich stimme zu  nicht zu  , dass die während der Reise von mir/ von dem Betreuten gemachten Fotos oder Filmaufnahmen öffentlich genutzt werden (z.B. Werbeveranstaltungen, Informationsmaterial etc.).

Die erhobenen Daten dienen nur zum Zweck der Betreuung während der Reise. Eine andere Verwendung sowie die Weitergabe der Daten an Dritte ist untersagt. Ich stimme der Erhebung der Daten zu.

_____ Datum	_____ Unterschrift Teilnehmer/in	_____ Datum	_____ Unterschrift gesetzlicher/e Betreuer/in
Bestätigung der Richtigkeit der obigen Daten: _____ Datum		_____ Unterschrift zuständige Gruppenleiter/in Lebenshilfe HE-WF	