

Fragebogen

PERSONALIEN:

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Zusatzadresse: E-Mail:
Telefonprivat: Telefon Natel:
Geburtsdatum: IV-Nr:

INSTITUTION / BEZUGSPERSON:

Institution: Telefon:
Bezugsperson: Telefon:

HAUSARZT:

Name: Vorname:
Adresse: PLZ / Ort:
Zusatzadresse: E-Mail:
Telefonprivat: Telefon Natel:

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG:

Krankenkasse: Policen-Nr.
 Allgemein Halbprivat Privat: Bitte zutreffendes ankreuzen
Versicherungen: Unfall:

BEHINDERUNG oder EINSCHRÄNKUNG:

Bitte Art der Behinderung/Diagnose angeben
(dies ist wichtig, damit sich die Leiter*innen und Begleitpersonen auf Besonderheiten vorbereiten können).

.....
.....

MITGLIEDSCHAFT:

Ich/Wir sind **Mitglied** von insieme Baselland ja nein

Name und Adresse:

Ich bin mit einer Veröffentlichung eines Fotos von mir in einer Zeitschrift, Flyer oder elektronischem Newsletter von insieme Baselland einverstanden. ja nein

Fragebogen

GESUNDHEITSPROBLEME:

Epilepsie: regelmässig ab und zu selten
Wann?

Diabetes: leicht mittel schwer

Herzbeschwerden: leicht mittel schwer
Wann? (z.B. Höhe ü. M):

Kreislaufbeschwerden: leicht mittel schwer
Wann treten sie auf?

Gehbehinderung: leicht mittel schwer

Hörbehinderung: leicht mittel schwer

Sprachbehinderung: leicht mittel schwer

Sehbehinderung: leicht mittel schwer

Atembeschwerden: leicht mittel schwer

Wann treten sie auf?

Blasenprobleme/
Einnässen/Inkontinenz: Nein Ja Bitte genügend Inkontinenz-Material mitnehmen!

Allergien:

Corona: Ich bin gegen COVID 19 geimpft Nein Ja letztes Impfdatum:
 Ich bin von COVID 19 genesen Datum:

ANDERE PROBLEME:

Bitte zutreffendes ankreuzen

Ich bin manchmal aggressiv Ich laufe manchmal weg

Ich fürchte mich besonders vor: Ich habe besonders Abneigung gegen:

Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde

Welche?

Weitere Probleme:

ANDERE PROBLEME:

Ja, ich bin/war in psychiatrischer/psychologischer Behandlung

Name: Telefon:

Fragebogen

HILFSMITTEL:

Bitte zutreffendes ankreuzen

Falls Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantworten, wird die im Ferienkurs für Sie zuständige Betreuungsperson möglicherweise mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Schuheinlagen |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothesen | <input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl | <input type="checkbox"/> Hand/-Faltrollstuhl | Gewicht bei Rollstuhlfahrer*in: kg | |

UNTERSTÜTZUNG UND BETREUUNG:

Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| Ich benötige Einzelbetreuung: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich brauche Pflege in der Nacht: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich möchte mein Zimmer teilen mit: (freiwillig) | | |
| Ich möchte ein Einzelzimmer (Zuschlag CHF 15.--/Nacht) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (kann nicht garantiert werden) |
| Ich kann mich alleine ankleiden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich kann mich alleine ausziehen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich gehe selbständig zu Bett: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich wasche mich selbständig: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich dusche mich selbständig: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich putze die Zähne alleine: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich gehe selbständig zur Toilette: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich rasiere mich alleine: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich wähle selbständig meine Kleider: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich wechsle von allein meine Wäsche: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich kann die Schuhe alleine binden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich kann mich verständlich ausdrücken: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Ich melde meine Bedürfnisse an: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Anderes:

Was kann ich besonders gut?

ESSEN / GETRÄNKE / RAUCHEN:

Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin Vegetarier*in | <input type="checkbox"/> Ich benötige Diät (Diätplan beilegen) |
| <input type="checkbox"/> Ich trinke koffeinfreien Kaffee | <input type="checkbox"/> Ich trinke Tee (keinen Kaffee) |
| <input type="checkbox"/> Ich rauche | <input type="checkbox"/> Ich darf alkoholische Getränke trinken |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Zöliakie | <input type="checkbox"/> Ich habe eine Glutenunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen | |
| <input type="checkbox"/> Ich achte auf die Essmenge -> | <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung |

Was ich NICHT esse und trinke:

Unverträgliche Lebensmittel:

Besonderes beim Essen:

Fragebogen

GELD: Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ich kann mit Geld umgehen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | |

MOBILITÄT: Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Ich kann mich alleine orientieren | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Ich besitze: | <input type="checkbox"/> Begleitkarte | <input type="checkbox"/> Halbtax-Abo | <input type="checkbox"/> U-Abo | <input type="checkbox"/> GA (Generalabo) |
| Ich darf und kann alleine unterwegs sein oder im Ferienhaus bleiben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |

SPORT: Bitte zutreffendes ankreuzen

- | | | | | |
|-----------------|--|---|----------|--|
| Ich kann: | <input type="checkbox"/> kurze Distanzen gehen/wandern | (bis | Stunden) | |
| | <input type="checkbox"/> lange Distanzen gehen/wandern | (bis | Stunden) | |
| | <input type="checkbox"/> ohne Hilfe schwimmen | <input type="checkbox"/> mit Schwimmhilfe schwimmen | | |
| | <input type="checkbox"/> allein Fahrrad fahren | | | |
| Ich darf: | <input type="checkbox"/> tauchen | <input type="checkbox"/> vom Sprungbrett springen | | |
| Ich darf NICHT: | | | | |

Nur für Skilager/Winterlager:

- | | | | |
|-------------|--|--|---|
| Ich möchte: | <input type="checkbox"/> Langlaufen | <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse | <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene |
| | <input type="checkbox"/> Skifahren alpin | <input type="checkbox"/> Grundkenntnisse | <input type="checkbox"/> Fortgeschrittene |
| | <input type="checkbox"/> (Schneeschuah)-Wandern (gute Schuhwerk) | | |

WEITER ALLGEMEINE INFORMATIONEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MEDIKAMENTENBLATT

Name: Vorname:

Ich nehme Medikamente selbständig ein: Ja Nein (wird vom Betreuer abgegeben)

Ein aktuelles Informationsblatt wird auf die Reise mitgegeben (bei Kontrolle oder Abgabe obligatorisch)

- Bitte Medikamente nicht in den losen Verpackungen, sondern gerichtet im Medikamentendoset mitgeben!
- Die Medikamente bitte dem Betreuungsteam abgeben. Wir gewährleisten für die regelmässige Abgaben.
- Die mitgebrachte Menge muss unbedingt für die ganze Ferienzeit reichen!
- Doset oder Blister mit Namen versehen.
- Aktueller Medikamentenplan ist hinten auf dem Doset/Blister anzugeben oder auf einem Beiblatt mitzunehmen.

Notfallmedikamente:

1.
2.
3.

Medikamenten-Unverträglichkeiten:

1.
2.
3.

WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN MEDIKAMENTEN
--

.....

.....

.....

.....