

## 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 achte auf die Essmenge           | <input type="checkbox"/> Ich trinke koffeinfreien Kaffee        |
| <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen | <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  |

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 |

**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. ....

<b>WEITERE INFORMATIONEN ZU DEN MEDIKAMENTEN</b>
--

.....

.....

.....

.....