

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:

Impfung: Letzte Tetanusimpfung (Wundstarrkrampf) letztes Impfdatum:

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

- Ich kann mit Geld umgehen Ja Nein
 Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet Ja Nein

MOBILITÄT: Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig Ja Nein
 Ich kann mich alleine orientieren Ja Nein
 Ich besitze: Begleitkarte Halbtax-Abo U-Abo GA (Generalabo)
 Ich darf und kann alleine unterwegs sein oder im Ferienhaus bleiben Ja Nein

SPORT: Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich kann: kurze Distanzen gehen/wandern (bis Stunden)
 lange Distanzen gehen/wandern (bis Stunden)
 ohne Hilfe schwimmen mit Schwimmhilfe schwimmen
 allein Fahrrad fahren
 Ich darf: tauchen vom Sprungbrett springen
 Ich darf NICHT:

Nur für Skilager/Winterlager:

- Ich möchte: Langlaufen Grundkenntnisse Fortgeschrittene
 Skifahren alpin Grundkenntnisse Fortgeschrittene
 (Schneeschuah)-Wandern (gute Schuhwerk)

WEITER ALLGEMEINE INFORMATIONEN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fragebogen

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, den Fragebogen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben. Falsche oder unvollständige Angaben beeinträchtigen das Wohlbefinden der Personen ebenso wie das der ganzen Gruppe. Falsche oder unvollständige Angaben können daher zum Ausschluss vom Ferienangebot führen. Sollte der Fall eintreten, dass aufgrund der Angaben zu wenige Betreuungspersonen eingeplant wurden, muss die verursachende Person die Ferienwochen abbrechen oder die Kosten für eine zusätzliche Betreuung selbst tragen. Die Angaben werden vom Sekretariat und von den Begleitpersonen streng vertraulich behandelt. Über Angelegenheiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie deren Angehörigen haben sowohl die Sekretariatsmitarbeitenden wie auch die Begleitpersonen Verschwiegenheit zu wahren. Die Pflicht zur Verschwiegenheit dauert über das Arbeitsverhältnis hinaus. Die Lagerleitung wird von ehrenamtlichen Helfern/Innen begleitet welche zum Teil aus unterschiedlichen Berufsfeldern kommen und ihre Kompetenzen erweitern möchten.

UNTERSCHRIFT:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt durch:

Name: Vorname:

Datum: Unterschrift:

Kontaktperson bei Notfall (bitte jederzeit erreichbar):

Name: Vorname:

Telefon/Handynummer:

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
--

.....

.....

.....

.....