

ANMELDUNG Betreute Ferien 2010 von Procap Reisen & Sport

Wir freuen uns, Sie für ein betreutes Ferienangebot von Procap Reisen & Sport begeistern zu dürfen. Gerne nehmen wir **Ihre Anmeldung** entgegen. Wir sind uns bewusst, dass viele Informationen notwendig sind, um eine qualitativ gute Betreuung vor Ort und während den Ferien gewährleisten zu können. Bitte füllen Sie die für Sie relevanten Punkte **wahrheitsgetreu und vollständig** aus und streichen Sie die Punkte durch, welche für Sie nicht relevant sind – damit sind wir sicher, dass Sie keine Fragen vergessen haben.

Aufgrund dieses Fragebogens werden wir für Sie die Buchung vornehmen und nach Ablauf des Anmeldeschlusses schriftlich über die Durchführung informieren. Wir werden uns auf die Angaben in der Anmeldung abstützen. **Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt Procap Reisen & Sport keine Verantwortung oder Haftung.** Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind vor Ferienantritt zu melden. **Wir setzen für alle Ferienangebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus.** Falsche oder unvollständige Angaben beeinträchtigen das Wohlbefinden der Personen ebenso wie das der ganzen Gruppe. Bei falschen oder ungenügenden Angaben müssen wir einen Ferienabbruch oder Ferienausschluss in Betracht ziehen, Mehrkosten müssen von der verursachenden Person getragen werden.

Die Anmeldeinformationen werden streng vertraulich behandelt. Für alle an den Ferien involvierten Personen gilt Schweigepflicht.

Pro Person und Jahr ist nur eine Anmeldung auszufüllen. Für mehrere Buchungen pro Jahr brauchen wir nur auf der ersten Seite der Anmeldung das Reiseziel und Reisedatum, die Personalien und am Schluss der Anmeldung (letzte Seite) die Bestätigung der Buchung und den Verweis auf die bereits ausgefüllte Anmeldung im 2010.

Die allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen wie auch die „wichtigen Informationen für betreute Ferien“ von Procap Reisen & Sport können unter www.procap-ferien.ch heruntergeladen werden, sind im Ferienkatalog 2010 beschrieben oder können bei uns angefordert werden. 062 206 88 30.

Procap Reisen & Sport wünscht allen tolle Ferien!

Bitte kreuzen Sie entsprechendes Angebot gemäss Katalogausschreibung 2010 an:

- Sport & Erlebnis / Aktiv & Gesundheit: betreutes Ferienangebot in der Schweiz** (für bewegungsfreudige Menschen, es wird Kondition für 5 Std. angepasste Aktivität pro Tag vorausgesetzt) – Katalog Seiten 11 – 17 und 26 - 28
- Betreutes Ferienangebot im Ausland** (für flexible und spontane Menschen, je nach Betreuungsaufwand wird ein Assistenzzuschlag verrechnet, vgl. Anmeldung und Assistenzzuschlag im Katalog) – Katalog Seiten 23 - 34
- Ferien & Erholung in der Schweiz** (für Menschen, welche sich wohl fühlen in grossen Gruppen und Freizeitaktivitäten lieben) – Katalog Seiten 18 - 22

Reiseziel/Kursort:

Reisedatum vom bis

PERSONALIEN & ADRESSE des/der FerienteilnehmerIn (ständiger Wohnsitz)

Anrede: Frau Herr

Name: Vorname:

Zusatz:

Strasse: PLZ/Wohnort:

Kanton: Geburtsdatum:
Telefon privat: Telefon Geschäft:
Handy: E-Mail:
Betreuungsperson: Tel.Nr.:
Procap Mitglied ja, Sektion/Sportgruppe.....(Nr.....) nein

Rechnungsadresse
.....

Reisedokumente
gehen an:

PERSONALIEN & ADRESSE wichtiger Bezugspersonen

Adresse und Telefon von erreichbaren Angehörigen oder Betreuungspersonen während den Ferien – obligatorisch und wichtig für Notfälle (Tel.Nr. und Handy Nr.).....
.....

Name des Haus-Arzt/Ärztin: Tel.Nr.:
(Im Notfall werden wir Ihren Hausarzt kontaktieren)

BEHINDERUNGSFORM

(bitte kreuzen Sie entsprechende Behinderungsformen an)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geistig-/Lernbehindert | <input type="checkbox"/> Hörbehindert |
| <input type="checkbox"/> Körperbehindert | <input type="checkbox"/> Krankheitsbehindert |
| <input type="checkbox"/> Psychischbehindert | <input type="checkbox"/> Sehbehindert |
| <input type="checkbox"/> Sprechbehindert | <input type="checkbox"/> Suchtbehindert |
| <input type="checkbox"/> Weitere Behinderung | <input type="checkbox"/> ohne Behinderung |

Genauere Bezeichnung der individuellen Behinderungsformen:
.....

Bemerkungen:
.....

MOBILITÄT

→Für RollstuhlfahrerInnen:

Ich kann	gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	auf normalen Carsitz umsitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		in ein Auto/Taxi umsitzen	<input type="checkbox"/> ja
	Treppen steigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	nur im Rollstuhl transportiert werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	bei Transfer mithelfen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Auf Rollstuhl angewiesen immer teilweise unterstützt durch Motor

Können Sie den Rollstuhl selber fahren: ja nein teilweise
Handrollstuhl faltbar ja nein
Elektrorollstuhl Nassbatterie Trockenbatterie

→Für FussgängerInnen:

Ich kann mehr als eine Stunde marschieren/wandern einige Schritte gehen/wandern
 ca. 30. Minuten gehen/wandern ich gehe nicht gerne

→ Für Sportferienangebote:

- Ich erfülle die Voraussetzung, dass ich ca. 5 Stunden am Tag angepasste, behindertenspezifische Aktivitäten ausführen kann (Sport & Erlebnis-Angebote)

Sonstiges / Bemerkungen

(z.B. zusätzliche Hilfsmittel, wie Rollator, Lifter, etc.).....

PFLEGE

Sind Sie selbständig bei alltäglichen Handhabungen? ja nein teilweise

Selbständigkeit	100%	75%	50%	0%
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen im Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen draussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen/Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin/Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brauchen Sie Pflege in der Nacht ja nein welche.....

Benötigen Sie spezielle Utensilien? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Windeln, Handschuhe, Katheter, etc.):

.....

.....

Regelmässig benötigte Utensilien wie Windeln, Handschuhe für Pflege, Urinbeutel, Molidress, Bettflaschen und Urinflaschen sind von den Teilnehmer/innen selber mitzunehmen. Fehlende Utensilien müssen nachgesandt werden oder werden vor Ort in Rechnung gestellt!

Genauere Bezeichnung der alltäglichen Hilfeleistungen (evtl. Pflegeplan u.ä. Dokumente beilegen):

.....

.....

KRANKHEITEN / AUFFÄLLIGKEITEN

Epilepsie letzter Anfall:

Typ Grand mal Petit mal

voraussehbare Anfälle: Frequenz.....

Beschreibung der Symptome.....

angepasstes Verhalten.....

Spastik Bemerkungen:.....

Zuckerkrankheit Insulin: ja nein

Spezielle Hinweise.....

Sehprobleme welche:

Anmeldeformular

- Hörprobleme welche:
 - Herzkrankheit/-fehler welche:
 - Allergie welche/auf was:
 - Asthma Art:
 - Inkontinenz Form:.....
Schutzmöglichkeit:.....
 - Sprachstörung welche:.....
 - Depression welche Auswirkungen:.....
 - Wahrnehmungsstörungen welche:
 - andere welche:.....
- Letzte Starrkrampfpimpfung (Tetanus) Datum:.....
- Genauere Bezeichnung der Krankheiten/Auffälligkeiten:
-

ASSISTENZZUSCHLAG (nur für Auslandsferien):

Für Hilfestellungen in grösserem Umfang wird bei Auslandsferien ein Assistenzzuschlag verrechnet. Der Assistenz- oder Pflegezuschlag wird in Prozenten vom Reisepreis auf Grund Ihrer Bedürfnisse festgelegt. Dieser Zuschlag sollte den notwendigen Hilfeleistungen (BESA Pflegestufe) im Alltag entsprechen (vgl. Assistenzzuschlag analog Katalog S. 8).

BESA-Pflegestufe:

- keine
- Pflegestufe 1
- Pflegestufe 2
- Pflegestufe 3-4

Assistenzzuschlag:

- keiner
- 50% (ca.2 h/Tag)
- 75% (ca.4 h/Tag)
- 100%

MEDIKAMENTE (Die mitgenommene Menge muss für die ganze Feriendauer reichen!)

- Benötigen Sie regelmässig Medikamente? ja nein
- Ich nehme die Medikamente selbst ein ja nein
- Einnahme und Kontrolle soll durch Ferienbegleitung erfolgen ja nein

Bitte unten stehende Tabelle auch ausfüllen oder Medikamentenplan beilegen, wenn Sie die Medikamente selber einnehmen.

Akutelle Medikamente	morgens	mittags	abends	nach 20h	Zweck/Bemerkungen

Aktuellen Mediplan vor Ferienantritt:

➔ Wenn sich etwas ändern sollte, bitte aktuellen Medikamentenplan vor den Ferien uns zusenden oder direkt persönlich der Reiseleitung mit entsprechenden Informationen vor Ort abgeben.
Vom Arzt/von der Ärztin vorgeschriebene Vorsichtsmassnahmen oder wichtige Bemerkungen zu den Medikamenten:

.....

ALLGEMEINE FRAGEN

Welche besonderen Stärken bringen Sie mit in die Feriengruppe?

Körpergewicht.....

Anmeldeformular

Körpergrösse.....

Können Sie verständlich sprechen? ja nein

Brauchen Sie Diät? Wenn ja, welche? ja nein

Sind Sie VegetarierIn? ja nein

Können Sie ohne Hilfe schwimmen? ja nein

Benötigen Sie Auftriebsmittel beim Schwimmen? ja nein

(Flügeli, Schwimmwesten etc. sind selber mitzubringen)

Können/Dürfen Sie tauchen? ja nein

Sind Sie in der Sportart, die in diesem Kurs betrieben wird Anfänger? Fortgeschritten?

Welche Tätigkeiten dürfen Sie nicht ausüben?

Schnarchen Sie? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Dürfen Sie Alkohol trinken? ja nein

Ich kann das Taschengeld selbst verwalten ja nein

Einteilung Taschengeld erwünscht pro Tag pro Woche

Was löst bei Ihnen Unbehagen aus?

.....

Was hilft Ihnen, sich wohl zu fühlen?

.....

Besonderheiten, Bemerkungen, welche die Reiseleitung wissen sollte:

.....

.....

FRAGEN ZUM SOZIALEN LEBEN

Ich bin mir gewohnt in einer Gruppe zu leben ja nein

Wohnsituation Institution alleine Familie Spital

weitere Wohnsituation:

Ausgang ohne Betreuung möglich: tagsüber ja nein

am Abend ja nein

Sexuelle Besonderheiten, welche die Reiseleitung von Ihnen wissen muss:.....

.....

UNTERKUNFT

Ich würde gerne ein Doppelzimmer mitteilen.

Ich benötige rollstuhlgerechtes Badezimmer ja nein

WC mit Haltegriff ja nein

befahrbare Dusche (ohne Rand) ja nein

Duschkabine im Bad mit 10cm Absatz ist möglich ja nein

Badewanne mit Sitzbrett ist möglich ja nein

Nur für einzelne Ferienangebote sind Einzelzimmer buchbar (Hinweis im Katalog beachten):

Ich wünsche Einzelzimmer 1/2 Doppelzimmer Mehrbettzimmer

AUSWEISE (bitte Ausweise unbedingt in die Ferien mitnehmen!)

Besitzen Sie Begleiterkarte ja nein

1/2 Tax-Abo ja nein

GA ja nein

