**Fragebogen für Teilnehmer:in der Ferienwochen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktuelles Foto****Ferienteilnehmer:in**Bitte fügen Sie ein aktuelles Foto ein. Ihre Betreuungsperson ist möglicherweise das erste Mal dabei und kennt Sie noch nicht.Wenn das Formular digital ausgefüllt und gesendet wird, bitte ein digitales Bild mitschicken. |  |
| **Ferienteilnehmer:in**Bitte Wohnort während der Woche angeben |  *Name/Vorname* *Strasse**PLZ/Ort* *Telefon**Geburtsdatum* *E- Mail*  |
| **Gesetzliche Vertretung**  |  *Name/Vorname* *Strasse**PLZ/Ort* *Telefon**E- Mail*  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezugsperson auf der Wohngruppe der Institution** |  *Name/Vorname* *Strasse**PLZ/Ort* *Telefon**E- Mail*  |
| **Kontaktperson während der Ferien für Notfälle** | *Name/Vorname* *Strasse**PLZ/Ort* *Telefon**E- Mail*  |
| **Hausarzt** | *Name/Vorname* *Strasse**PLZ/Ort* *Telefon**E- Mail*  |
| **Krankenkasse** Name | [ ]  Allgemein [ ]  Halbprivat [ ]  Privat |
| **Versicherung** Name | [ ]  Unfall [ ]  Halbprivat  |
| **Sozialversicherungs- / IV- Nummer** | **Neue 13-stellige Nummer:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber / Stelle** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Art der Behinderung****Grad der Behinderung** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bitte Art der Behinderung / Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können).[ ]  leicht [ ] mittel [ ]  schwer |
| **Gesundheitsprobleme**[ ]  Epilepsie[ ]  Diabetes[ ]  Herzbeschwerden | [ ]  regelmässig [ ]  ab und zu [ ]  seltenWann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  schwer[ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  schwerWann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(z.B. Höhe über Meer) |
| **Andere Probleme** | [ ]  ich bin manchmal depressiv[ ]  ich bin manchmal aggressiv[ ]  ich laufe manchmal weg[ ]  ich fürchte mich vor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  ich habe besondere Abneigung vor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  es gibt Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde. Welche: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Behandlung** | [ ]  ich bin/war in psychologischer Behandlung[ ]  ich bin/war in psychiatrischer BehandlungArzt:*Name/Vorname**Telefon* Falls einer dieser Punkte zutrifft, wird die im Ferienlager für Sie zuständige Betreuungsperson mit Ihnen Kontakt aufnehmen. |
| **Sexualität** | Sind Auffälligkeiten vorhanden [ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja, wie zeigt sich das? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ist die Schwangerschaftsverhütung geregelt? [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **Hilfsmittel** | Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen[ ]  Gehstock [ ]  Brille [ ]  Hörgerät[ ]  Zahnprothese [ ]  Elektrorollstuhl [ ]  Handrollstuhl[ ]  Faltrollstuhl [ ]  Krücken [ ]  Rollator[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ich kann im Car/Auto ohne Rollstuhl sitzen [ ]  Ja [ ]  NeinIch habe einen eigenen Rollstuhl inkl Kopfstütze, der im Car/Auto befestigt werden kann [ ]  Ja [ ]  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medikamente****Unverträglichkeit** | *Name* MengeMorgen Mittag Abend\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bitte genaue Dosierung/Menge auf die Verpackung schreiben. Die mitgebrachte Menge muss für die ganze Zeit reichen! Verpackung mit Namen versehen. Aktueller Medikamentenplan, wenn nötig mit genauer Einnahmezeit bei der Abreise mitgeben.[ ]  Ich nehme die Medikamente selbstständig ein.[ ]  Ich möchte, dass mich jemand kontrolliert.[ ]  Die Einnahme der Medikamente macht mir MüheSo geht es für mich am einfachsten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Name Medikament**Nebenwirkungen*  |
| **Unterstützung und Betreuung****\*\*\* Wichtiger Hinweis**Der Umfang der Nachtbetreuung (z.B. Umlagerung) muss im Voraus mit insieme Unterwalden abgesprochen werden. Unsere Betreuungsteams haben keine Ressourcen für durchgehende Nachtwache und Babyphones.  | Ich benötige Einzelbetreuung [ ]  ja [ ]  nein [ ]  teilweiseIch brauche Pflege in der Nacht\*\*\* [ ]  ja [ ]  neinIch bevorzuge als Betreuungsperson [ ]  Frau [ ]  Mann [ ]  egalIch brauche einen Mittagsschlaf[ ]  ja [ ]  neinIch wähle selbstständig meine Kleider[ ]  ja [ ]  nein Ich wechsle von alleine meine Wäsche[ ]  ja [ ]  neinIch kann mich selbstständig ankleiden[ ]  ja [ ]  nein [ ]  NachkontrolleIch kann mich allein ausziehen[ ]  ja [ ]  nein [ ]  NachkontrolleIch gehe selbstständig zu Bett[ ]  ja [ ]  nein Ich wasche mich selbstständig[ ]  ja [ ]  nein Ich dusche selber[ ]  ja [ ]  nein Ich putze die Zähne allein[ ]  ja [ ]  nein [ ]  NachkontrolleIch kämme mich selbstständig[ ]  ja [ ]  nein [ ]  NachkontrolleIch gehe selbstständig zur Toilette[ ]  ja [ ]  nein Ich rasiere mich allein[ ]  ja [ ]  nein  Ich kann mich verbal ausdrücken[ ]  ja [ ]  nein Ich kann mich mit Gebärden ausdrücken[ ]  ja [ ]  nein Ich melde meine Bedürfnisse an[ ]  ja [ ]  nein Anderes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterkunft/Zimmer**Einzelzimmer können nur in Ausnahmefällen zugeteilt werden. Bei den meisten Unterkünften sind keine Einzelzimmer verfügbar. | Ich brauche zwingend ein Einzelzimmer [ ]  ja [ ]  neinWenn ja, was ist der Grund? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ich kann im Kajütenbett oben schlafen [ ]  ja [ ]  nein |
| **Utensilien**  | Regelmässig benötigte Utensilien sind von den Lager-Teilnehmenden selber mitzunehmen. |
| **Essen** | [ ]  ich bin Vegetarier/in [ ]  ich benötige Diät (Diätplan beilegen)[ ]  ich muss auf die Essensmenge achten[ ]  ich brauche Unterstützung beim Essen[ ]  ich rauche[ ]  ich trinke Kaffee[ ]  ich trinke Tee[ ]  ich trinke AlkoholMein Lieblingsessen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Was ich nicht esse und trinke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unverträgliche Lebensmittel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geld** | [ ]  ich kann mit Geld umgehen[ ]  ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes[ ]  ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet |
| **Mobilität** | Ich benutze die Verkehrsmittel selbstständig[ ]  ja [ ]  neinIch kann mich allein orientieren[ ]  ja [ ]  neinMir wird schlecht beim[ ]  Auto fahren [ ]  Seilbahn fahren [ ]  Schiff fahren |
| **Abonnemente** | lch besitze eine Begleitkarte [ ]  ja [ ]  neinIch besitze ein Halbtax-Abonnement [ ]  ja [ ]  neinIch besitze ein GA [ ]  ja [ ]  neinWenn vorhanden, unbedingt ins Lager mitnehmen! |
| **Sport** | [ ]  kurze Distanzen laufen (bis Stunden)[ ]  lange Distanzen laufen (bis Stunden)[ ]  ohne Hilfe schwimmen[ ]  alleine Fahrrad fahren[ ]  ich darf tauchen[ ]  ich darf vom Sprungbrett springenWas ich nicht darf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Bevorzugte Tätigkeiten (**z.B. Musik hören, Stricken, Puzzle machen) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Charakterisierung Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten** (z.B. Einschlafritual) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Kontaktaufnehme der Betreuungsperson vor dem Lager****Kontaktperson für Rück-fragen und allfälliger Terminvereinbarung** | Die Betreuungsperson wird sich rechtzeitig vor Ferienbeginn bei der von Ihnen aufgeführten Kontaktperson melden und bei Bedarf einen Besuchstermin vereinbaren.Ist ein Besuch notwendig / gewünscht [ ]  ja [ ]  nein*Name/Vorname**Telefon* |
| **Wichtig** | Um Komplikationen während der Ferienwoche zu vermeiden, bitten wir Sie, den Fragebogen gut lesbar und wahrheitsgetreu auszufüllen. **Falsche oder unvollständige Angaben auf dem Fragebogen beeinträchtigen das Wohlbefinden der betreffenden Person ebenso, wie das der ganzen Gruppe**. Sollte der Fall eintreten, dass aufgrund der Angaben zu wenig Betreuungspersonen eingeplant wurden, muss die verursachende Person die Ferienwoche abbrechen oder die Kosten für eine zusätzliche Betreuung selber tragen. Die Angaben werden vom Sekretariat und von den Begleitpersonen streng vertraulich behandelt. |
| **Versicherungsabschluss** | Sie bestätigen, dass die obligatorischen Versicherungen abgeschlossen sind. Wir empfehlen zudem den Abschluss einer Annullationskostenversicherung.Obligatorisch: Kranken- und Unfallversicherung PrivathaftpflichtversicherungEmpfohlen: Annullationskostenversicherung |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fotos und Filme** | Sie erlauben, dass Fotos und Filme, welche in den Ferien entstanden sind, von insieme Unterwalden für Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.Ich kaufe ein Fotobuch zum Preis von ca. CHF 20.00. [ ]  ja [ ]  nein |
|  | Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt durch*Name/Vorname**Datum* Unterschrift Ferienteilnehmer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Unterschrift gesetzliche Vertretung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**insieme Unterwalden – für Menschen mit Behinderung**

Weidlistrasse 2b ⋅ 6370 Stans

info@insiemeunterwalden.ch ⋅ 041 610 82 72 ⋅ www.insiemeunterwalden.ch

Spendenkonto Raiffeisen CH35 8080 8006 7934 6266 5 ⋅ Nidwaldner Kantonalbank CH11 0077 9014 0158 2130 0