**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  selten  Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  leicht  mittel  schwer  leicht  mittel  schwer  Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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 Behandlung  Arzt:  *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  Nein  Wenn 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  Nein  Ich habe einen eigenen Rollstuhl inkl Kopfstütze,  der im Car/Auto befestigt werden kann  Ja  Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medikamente**  **Unverträglichkeit** | *Name*  Menge  Morgen 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 Mühe  So 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  teilweise  Ich brauche Pflege in der Nacht\*\*\*  ja  nein  Ich bevorzuge als Betreuungsperson  Frau  Mann  egal  Ich brauche einen Mittagsschlaf  ja  nein  Ich wähle selbstständig meine Kleider  ja  nein  Ich wechsle von alleine meine Wäsche  ja  nein  Ich kann mich selbstständig ankleiden  ja  nein  Nachkontrolle  Ich kann mich allein ausziehen  ja  nein  Nachkontrolle  Ich gehe selbstständig zu Bett  ja  nein  Ich wasche mich selbstständig  ja  nein  Ich dusche selber  ja  nein  Ich putze die Zähne allein  ja  nein  Nachkontrolle  Ich kämme mich selbstständig  ja  nein  Nachkontrolle  Ich 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  nein  Wenn 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 Alkohol  Mein 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  nein  Ich kann mich allein orientieren  ja  nein  Mir wird schlecht beim  Auto fahren  Seilbahn fahren  Schiff fahren |
| **Abonnemente** | lch besitze eine Begleitkarte  ja  nein  Ich besitze ein Halbtax-Abonnement  ja  nein  Ich besitze ein GA  ja  nein  Wenn 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 springen  Was 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  Privathaftpflichtversicherung  Empfohlen: 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](mailto: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