

Anmeldeformular – Ferienbetreuung

für Menschen mit Behinderung

1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Pflegegrad: _____

Krankenkasse: _____

2. Ansprechpartner / gesetzliche Vertretung

Name: _____

Beziehung: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Notfallnummer: _____

3. Abholberechtigte Personen

Name	Telefon	Beziehung

4. Diagnosen

5. Gesundheit / Allergien

Allergien, Epilepsie, Diabetes, Unverträglichkeiten, Besonderheiten:

6. Medikation

Medikament	Dosierung	Zeit	Hinweise

7. Sozialverhalten

(z. B. Kontakt zu anderen Personen, Gruppenverhalten, Rückzug, Nähe-Distanz-Verhalten)

8. Kommunikation

- ☐ Lautsprache
- ☐ Einfache Sprache
- ☐ Unterstützte Kommunikation
- ☐ Gebärden
- ☐ Kommunikationshilfe
- ☐ Sonstiges

9. Selbstständigkeit

Bereich	Selbstständig	Mit Unterstützung	Nicht möglich
Essen/Trinken	☐	☐	☐
An-/Ausziehen	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐

Körperpflege	☐	☐	☐
Orientierung	☐	☐	☐

10. Mobilität

- ☐ selbstständig gehend
- ☐ eingeschränkt gehend
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Rollator
- ☐ Transferhilfe
- ☐ Sonstiges

11. Gefahrenbewusstsein / Weglauftendenzen

12. Strategien zum Auflösen von Anspannung und Konflikten

13. Das mag ich

14. Das mag ich nicht

15. Ernährung

- ☐ keine Besonderheiten
- ☐ vegetarisch
- ☐ vegan
- ☐ Allergien
- ☐ pürierte Kost
- ☐ Sonstiges

16. Hilfsmittel

- ☐ Rollstuhl
- ☐ Rollator
- ☐ Hörgerät
- ☐ Brille
- ☐ Orthesen
- ☐ Kommunikationshilfe
- ☐ Sonstiges

17. Pflege- und Unterstützungsbedarf

- ☐ Inkontinenzversorgung
- ☐ Unterstützung bei Körperpflege
- ☐ Unterstützung beim Essen
- ☐ Unterstützung beim Transfer

18. Schwimmen / Ausflüge

- ☐ darf schwimmen
- ☐ Nichtschwimmer
- ☐ Teilnahme an Ausflügen erlaubt
- ☐ Teilnahme nur mit Begleitung

19. Fotoerlaubnis

☐ Ja

☐ Nein

20. Einverständniserklärung

☐ Die Angaben sind vollständig und richtig.

☐ Änderungen werden unverzüglich mitgeteilt.

☐ Ich bin mit der Verarbeitung der Daten für die Ferienbetreuung einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____