



# Anmeldung Teilnehmende

## Personalien

Frau  Herr  Mitglied  Nicht-Mitglied

Name, Vorname

Institution

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Kanton

Telefon, E-Mail

Geburtsdatum

Ich beanspruche eine Massnahme der Invalidenversicherung

ja  nein

Art der IV-Leistung:

IV-Rente  Hilflosenentschädigung IV

Hilfsmittel IV

andere IV-Massnahme: \_\_\_\_\_

AHV- oder Versicherten-Nr.

.     .     .

Einzelzimmer, wenn möglich

## Gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Telefon, E-Mail

Rechnung an gesetzliche/n Vertreter/in

## Ausweise

Ich besitze (bitte Abonnement mitbringen):

GA  Halb-Tax-Abo  SBB-Begleitkarte

Datum und Unterschrift

Teilnehmende/r oder gesetzliche/r Vertreter/in

<input type="checkbox"/> Bellwald VS	13.03.–19.03.2022	Adrienne und Flurin Hungerbühler-Mattmüller
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	03.04.–07.04.2022	Joanna Gerber
<input checked="" type="checkbox"/> Delémont JU	07.04.–09.04.2022	Sebastiano Carfora
<input checked="" type="checkbox"/> Delémont JU	10.04.–13.04.2022	Pierre Schwab
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	10.04.–14.04.2022	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> St-Maurice VS	22.04.–24.04.2022	Francine Giauque
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	30.04.–07.05.2022	Ruth Burkhalter Fritz Bär
<input checked="" type="checkbox"/> Fribourg FR	02.05.2022	Sonja Aerne-Roggen
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	10.05.–14.05.2022	Susanne Bernardet Margrit Elber
<input type="checkbox"/> St-Maurice VS	15.05.–20.05.2022	Pierre Schwab
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	18.06.–25.06.2022	Christine Gobet, Doris Hofstetter Bannwart
<input type="checkbox"/> St-Maurice VS	26.06.–08.07.2022	Pierre Schwab Francine Giauque
<input checked="" type="checkbox"/> Zug ZG	11.07.–22.07.2022	Andrea Matzinger, Sarah Roth, Caroline Tschanz
<input type="checkbox"/> Eichberg SG	16.07.–29.07.2022	Lotti Messer
<input type="checkbox"/> Delémont JU	17.07.–30.07.2022	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Magliaso TI	05.08.–14.08.2022	Eva Lea Glatt Andrea Pilchowski
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	27.08.–08.09.2022	Pierre Schwab
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	25.09.–01.10.2022	Christine Gobet
<input type="checkbox"/> Wildhaus SG	25.09.–06.10.2022	Odette Huwyler Margrit Elber
<input checked="" type="checkbox"/> St-Maurice VS	14.10.–16.10.2022	Pierre Schwab
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	16.10.–22.10.2022	Thomas Wolf
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	30.10.–03.11.2022	Joanna Gerber
<input checked="" type="checkbox"/> Delémont JU	06.11.–12.11.2022	Lotti Messer
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	13.11.–17.11.2022	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	19.12.–25.12.2022	Ines Koster-Weber Joe Koster
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	19.12.–25.12.2022	Ines Koster-Weber Joe Koster
<input type="checkbox"/> Delémont JU	23.12.2022–02.01.2023	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	23.12.2022–02.01.2023	Mario Tobler
<input type="checkbox"/> Wildhaus SG	23.12.2022–02.01.2023	Pierre Schwab Barbara Lussi

Bitte schicken Sie dieses Formular zusammen mit dem Pflegebericht per E-Mail oder Post an untenstehende Adresse.



# Pflegebericht

## Personalien des/der Teilnehmenden

Name, Vorname

Art der Behinderung

Genauere Bezeichnung der Behinderung

Grösse                      Gewicht

Letzte Teilnahme an einem Kurs der ASPr-SVG

COVID-19 geimpft                       COVID-19 genesen

Zertifikat gültig bis:

## Bezugsperson

während des Kurses und/oder bei Unfall (Institution und/oder Angehörige)

Name, Vorname

Telefon

## Hausarzt

Name, Vorname

Telefon

## Weitere Angaben

Welche besonderen Stärken/Hobbys/Fähigkeiten bringen Sie mit in die Feriengruppe?

Besonderheiten, Bemerkungen, welche die Kursleitung und das Betreuungsteam wissen sollten

Wie reise ich an und ab

Epilepsie:

Diabetes:

Blutzuckermessung:     Selbstständig     durch Betreuung

Insulin:                       Selbstständig     durch Betreuung

Spezialernährung (Vegetarier/in usw.):

Allergie(n):

Nahrungsmittelintoleranz:

Höhenempfindlichkeit (für Kursausflüge) ab

\_\_\_\_\_ m ü. M.

Andere (Raucher/in usw.):

## Grundpflege

Selbstständigkeit bei	ja	teilweise	nein
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Grundpflege

## Detailangaben Grundpflege für Tag und Nacht

Es besteht ein separater Pflegebericht von Heim/Institution

Ja     Nein

Ergänzungen

## Spezialpflege/Behandlungspflege

- Zu hoher Blutdruck: \_\_\_\_\_
- Zu tiefer Blutdruck: \_\_\_\_\_
- Blutdruckmessung: \_\_\_\_\_
- Verbandswechsel: Wo? \_\_\_\_\_
- Dekubitusgefährdet: Wo? \_\_\_\_\_
- Andere/Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Ausscheidung

- Dauerkatheter: \_\_\_\_\_
- Blasenspülung: \_\_\_\_\_
- Cystofix: \_\_\_\_\_
- Urinalträger: \_\_\_\_\_
- Inkontinenzschutz (GIS): \_\_\_\_\_
- Stuhl ausräumen: \_\_\_\_\_

### Medikamente

Die/der Teilnehmende oder ihre/seine gesetzliche Vertretung trägt die Verantwortung dafür, dass die Medikamentenabgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann. Insbesondere müssen die Medikamente in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein (Medikamentendose). Vergessen Sie nicht, die Beipackzettel mitzunehmen. Wichtige Informationen/Besonderheiten für Notfälle oder Ersatzmedikamente müssen beigefügt und/oder mitgegeben werden.

- Regelmässige Einnahme von Medikamenten
- Medikamenteneinnahme selbstständig

Vom Arzt/von der Ärztin vorgeschriebene Vorsichtsmassnahmen oder wichtige Bemerkungen zu den Medikamenten

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

Bitte bringen Sie Ihre Krankenkassenkarte mit.

### Hilfsmittel

- Für die Fortbewegung: Kann:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine                         | <input type="checkbox"/> Treppen steigen                     |
| <input type="checkbox"/> Gehstöcke                     | <input type="checkbox"/> Ins Auto ein- und aussteigen        |
| <input type="checkbox"/> Rollator                      | <input type="checkbox"/> Beim Transfer mithelfen             |
| <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl              | <input type="checkbox"/> Im Rollstuhlbus auf Sitze umsteigen |
| <input type="checkbox"/> Faltbarer Rollstuhl           |  |
| <input type="checkbox"/> Handrollstuhl (nicht faltbar) |  |
| <input type="checkbox"/> Swiss-Trac                    |  |
| <input type="checkbox"/> Andere:                       |  |
- \_\_\_\_\_

### Ort, Datum

### Befestigung bei Ausflügen mit einem Bus

Masse des Rollstuhls: Gewicht \_\_\_\_\_ kg Breite \_\_\_\_\_ cm

Der/die Teilnehmende stellt das System zur Sicherung des Rollstuhls (Beckengurt) zur Verfügung. Die ASPr-SVG lehnt daraus entstehende Haftungsansprüche ab, wenn der/die Teilnehmende über kein zuverlässiges und sicheres System zur Sicherung verfügt.

### Ich bringe folgende Hilfsmittel mit

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Plastikschutz (Bett) | <input type="checkbox"/> Rutschbrett                   |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche          | <input type="checkbox"/> Drehscheibe                   |
| <input type="checkbox"/> Bettschüssel         | <input type="checkbox"/> Patientenheber                |
| <input type="checkbox"/> WC-Stuhl             | <input type="checkbox"/> Stehlift                      |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl           | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel zur Kommunikation |

Bei Fragen bitte die Kursleitung kontaktieren.

- Brille     Linsen     Hörgerät
- Orthesen/Schienen \_\_\_\_\_
- Prothesen – Welche? \_\_\_\_\_

### Ausrüstungsgegenstände für das Zimmer

- Bettgalgen     Elektrobett     Betterhöhung     Bettgitter

### Mahlzeiten

Selbstständigkeit bei	ja	teilweise	nein
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtig: Bitte bringen Sie das Spezialgeschirr und die plastifizierten Servietten mit.

- Suppenteller     Hohe Gläser     Hohe Tassen     Trinkhalm

### Rechtliches

Die Teilnehmenden oder ihre gesetzlichen Vertreter sind für ihren Versicherungsschutz verantwortlich (Krankheit, Unfall, Diebstahl, Haftpflicht usw.). Bei Verhinderung wird gegen Vorweisen eines entsprechenden Arztzeugnisses auf die Verrechnung eines Unkostenbeitrages von CHF 50.- verzichtet und die Kurskosten werden vollumfänglich zurückerstattet. In besonderen Situationen entscheidet die Kursleitung nach Absprache mit dem Zentralsekretariat über das weitere Vorgehen.

- Ich gestatte der ASPr-SVG Fotos mit meinem Abbild zu veröffentlichen (Faire Face und Internetseite).
- Ich bestätige, dass die angegebenen Auskünfte genau und vollständig sind. Allfällige Änderungen des Allgemeinzustandes oder Betreuungsbedarfs werden umgehend an die ASPr-SVG oder die Kursleitung gemeldet. Für Schäden, die in Folge von falschen oder unvollständigen Angaben entstehen, lehnt die ASPr-SVG jegliche Haftung ab.
- Ich bestätige, dass die Allgemeinen Teilnahmebedingungen von der ASPr-SVG Vertragsbestandteil sind.

Die persönlichen Daten werden vertraulich behandelt. Die Weitergabe an Dritte ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Betroffenen erlaubt (Ausnahme: medizinischer Notfall).

### Unterschrift