



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 Ja Nein

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