



Bitte ausfüllen und unterschrieben dem Anmeldeformular beilegen

Kurs _____ vom _____ bis _____

Name _____ Vorname _____

Hausarzt _____ Frau Herr

Name _____ Vorname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ Tel. _____

Bezugsperson während des Kurses (in der Institution und/oder Angehörige)

Name _____ Vorname _____

Tel. _____ Natel _____

Allgemeine Angaben

Grösse _____ Gewicht _____

Bemerkungen/Massnahmen

Epilepsie _____

Allergie(n) _____

Diabetes _____

Spezialernährung _____

Nahrungsmittelintoleranz _____

Hilfsmittel zur Kommunikation (z. B. Laptop)

Bitte mitbringen

Essenszeit

	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig
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"/>

Am Tisch

<input type="checkbox"/> Suppenteller	<input type="checkbox"/> Hohe Gläser	<input type="checkbox"/> Hohe Tassen	<input type="checkbox"/> Trinkhalm
<input type="checkbox"/> Spezialgeschirr (bitte selber mitbringen)		<input type="checkbox"/> Plastikservietten (bitte selber mitbringen)	

Unterstützung und Hilfsmittel für die Fortbewegung

- Keine
- Elektrorollstuhl
- Gehstöcke
- Elektro-Scooter
- Rollator
- Swiss Trac
- Handrollstuhl
- Kann Treppen steigen
- Kann in Personenwagen einsteigen
- Kann im Rollstuhlbus auf Sitze umsteigen
- Faltbarer Rollstuhl

Befestigung bei Ausflügen mit einem Bus

Gewicht und Breite des Rollstuhls kg cm

Das System zur Sicherung der Teilnehmenden im Rollstuhl (Bauchgurt) wird durch den/die Teilnehmer/-in gestellt. Stellt diese/r ein System zur Verfügung, welches das sogenannte Abtauchen oder den Klappmessereffekt bei Unfällen und starken Bremsmanövern nicht verhindert, lehnt die ASPr-SVG I Polio.ch daraus entstehende Haftungsansprüche ab.

Grundpflege

	selbstständig	teilweise selbstständig	unselbstständig
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"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<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 zu Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfe anderer Art

Detailangaben zur Grundpflege

Ich bringe folgende Hilfsmittel mit

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

Diese Hilfsmittel können in einigen Kursen reserviert werden.
Bitte die Kursleitung kontaktieren.

Weiterer Bedarf

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bettgalgen | <input type="checkbox"/> Elektrobett | <input type="checkbox"/> Betterhöhung |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|

Hilfsmittel

	Bemerkungen/Massnahmen
<input type="checkbox"/> Brille	_____
<input type="checkbox"/> Linsen	_____
<input type="checkbox"/> Prothesen	Welche? _____
<input type="checkbox"/> Orthesen/Schienen	_____

Spezialpflege/Behandlungspflege

<input type="checkbox"/> Zu hoher Blutdruck	_____
<input type="checkbox"/> Zu tiefer Blutdruck	_____
<input type="checkbox"/> Blutdruckmessung	_____
<input type="checkbox"/> Verbandswechsel	Wo? _____
<input type="checkbox"/> Dekubitusgefährdet	Wo? _____

Diabetiker

<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____
<input type="checkbox"/> Insulin	_____
<input type="checkbox"/> Insulingabe selbstständig	_____

Ausscheidung

- Dauerkatheter _____
- Blasenspülung _____
- Cystofix _____
- Urinalträger _____
- Inkontinenzschutz (GIS) _____
- Stuhl ausräumen _____

Spezialpflege/Behandlungspflege

Medikamente

Bemerkungen/Massnahmen

- Regelmässige Einnahme von Medikamenten _____
- Medikamenteneinnahme selbstständig _____

Die Medikamentenliste bitte zusammen mit den Medikamenten, wenn möglich in der Medikamentenbox, mitbringen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Hinweise

Dieser Pflegebericht (und evtl. derjenige der Institution) ist dem Anmeldeformular beizulegen. Sollten sich obige Angaben bis zum Kurstermin verändern, bitten wir um umgehenden Bericht an die Kursleitung. Für Schäden, die in Folge von falschen oder unvollständigen Angaben entstehen, lehnt die ASPr-SVG | Polio.ch jegliche Haftung ab. Die persönlichen Daten der Teilnehmer/-innen werden vertraulich behandelt. Ihre Weitergabe an Dritte ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Betroffenen erlaubt (Ausnahme: medizinischer Notfall).