Personalien

❑ Frau ❑ Herr ❑ Mitglied

Name, Vorname

Institution

Strasse Nr.

PLZ Ort Kanton

Telefon Handy E-Mail

Geburtsdatum

Ich beanspruche eine Massnahme der Invalidenversicherung

❑ ja ❑ nein

Art der Leistung

❑ IV-Rente gemäss Art. 74 IVG

❑ andere

❑ Einzelzimmer, sofern verfügbar

AHV- oder Versicherungsnummer

7 5 6

Gesetzliche Vertreter*In

Name, Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort Kanton

Telefon Handy E-Mail

Rechnung an

❑ gesetz. Vertretung ❑ Teilnehmende*r

Ausweise

Ich besitze:

❑ GA ❑ SBB Halbtax ❑ SBB Begleiterkarte

Datum und Unterschrift

Teilnehmer*In oder gesetz. Vertretung

Anmeldung einreichen an:

ASPr-SVG | Polio.ch

¢Ŝl·Y Doodtime, Route du Grand-Pré 3, 1700 Fribourg

goodtime@aspr.ch

Erika Piat 026 322 94 34

Sophie Piat 026 322 94 38

Mario Tobler 076 420 12 33

Anmeldung

Teilnehmende

☐	Bellwald VS	10.03.-16.03.24	Adrienne und Flurin Hungerbühler
☐	Kerenzerberg GL	01.04.-05.04.24	Joanna Gerber
☐	Delémont JU	12.04.-14.04.24	Sebastiano Carfora
☐	Walchwil ZG	15.04.-20.04.24	Brigitte Spescha
☐	Interlaken BE	04.05.-11.05.24	Ruth Burkhalter und Fritz Bär
☐	StπMaurice VS	12.05.-17.05.24	Damien Pugliese
☐	Interlaken BE	21.05.-25.05.24	Susanne Bernardet und Margrit Elber
☐	Zug ZG	14.06.-24.06.24	Andrea Matzinger und Michael Grünig
☐	Leukerbad VS	29.06.-05.07.24	André Ador
☐	Eichberg SG	13.07.-26.07.24	Lotti Messer und Sina Messer
☐	Sumiswald BE	22.07.-03.08.24	Joanna Gerber und Maïté Rérat
☐	Magliaso TI	10.08.-23.08.24	Peggy Heinz
☐	Interlaken BE	31.08.-12.09.24	Annelies Müller und Brigitte Spescha
☐	Wilen am Sarnersee OW	21.09.-02.10.24	Odette Huwyler und Margrit Elber
☐	Walchwil ZG	12.10.-21.10.24	Peggy Heinz
☐	St-Maurice VS	17.10.-20.10.24	Damien Pugliese
☐	Interlaken BE	20.10.-26.10.24	Thomas Wolf
☐	Kerenzerberg SG	04.11.-11.11.24	Joanna Gerber
☐	Delémont JU	08.11.-10.11.24	Sebastiano Carfora
☐	Delémont JU	23.12.24-02.01.25	Joanna Gerber und Thomas Flühmann
☐	Sumiswald	23.12.24-02.01.25	Mario Tobler und Peggy Heinz
☐	Wildhaus SG	23.12.24-02.01.25	Barbara Lussi

Bitte senden Sie dieses Formular zusammen mit dem Pflegebericht per E-Mail oder Post an die linksstehende Adresse.

Mitteilung zur Buchung

Vollmacht für ärztliche Auskunft

Name, Vorname

Institution

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Ort und Datum

Unterschrift

Vollmachtnehmer: Die ASPr-SVG | Polio.ch wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal sowie den Trägern der Einrichtungen zu erhalten. Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden. Diesem/Dieser ist im weitestgehend möglichen Umfang ein Besuchsrecht zu gestatten.

Personalien Teilnehmer*In

Name, Vorname

Art der Beeinträchtigung

Genauere Bezeichnung der Beeinträchtigung

❑ Grösse ❑ Gewicht

Letzte Teilnahme

IBAN-Nr.
CH

Bezugsperson

Notfallnummer während des Kurses 24/7 h (Institution und/oder Angehörige) Name, Vorname

Telefon | Handy

Hausarzt

Name, Vorname

Telefon

Weitere Angaben

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

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

Wie reise ich an und ab

❑ Epilepsie, Beschreibung:

❑ Diabetes, Beschreibung:

❑ Messung Blutzucker ❑ selbstständig ❑ durch Betreuung
Beschreibung:

❑ Verabreichung Insulin ❑ selbstständig ❑ durch Betreuung
Beschreibung:

❑ Spezialernährung (Vegetarisch usw.)

❑ Nahrungsmittelintoleranz

❑ Allergien

❑ Höhenempfindlichkeit ab M.ü.M.

❑ Andere (Rauchen usw.)

Grundpflege

Selbstständigkeit	**ja**	**tlw.**	**nein**
Zähne putzen	❑	❑	❑
Rasieren	❑	❑	❑
An- und Auskleiden	❑	❑	❑
Waschen	❑	❑	❑
Duschen	❑	❑	❑
Urinieren	❑	❑	❑
Stuhlgang	❑	❑	❑
Gesäss reinigen	❑	❑	❑
Transfer Bett/Rollstuhl	❑	❑	❑
Lagerung in der Nacht	❑	❑	❑

Weitere Grundpflege

Detailangaben Grundpflege für Tag und Nacht

Es besteht ein separater Pflegebericht von der Institution

❑ ja ❑ nein

Ergänzungen:

Spezialpflege/Behandlungspflege

❑ Zu hoher Blutdruck:	
❑ Zu tiefer Blutdruck:	
❑ Blutdruckmessung:	
❑ Verbandwechsel:	Wo:
❑ Dekubitusgefärdet:	Wo:

Weitere Angaben:

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. **Medikamente müssen in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein (Medikamentendose)**. Beipackzettel der Medikamente sind mitzubringen. Informationen und Besonderheiten für Notfälle und Ersatzmedikamente müssen mitgebracht werden.

❑ Regelmässige Medikamenteneinnahme
❑ Selbstständige Medikamenteneinnahme

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:**
❑ Keine	❑ Treppen steigen
❑ Gehstöcke	❑ In Auto ein-/aussteigen
❑ Rollator	❑ Beim Transfer helfen
❑ Handrollstuhl	❑ Im Bus umsetzen
❑ Elektrorollstuhl	❑
❑ Swiss Trac	❑

❑ Andere:
❑ Mein Handrollstuhl ist faltbar

Rollstuhlsicherung in einem Bus

Angaben Elektrorollstuhl
Gewicht kg: Breite cm:

Angaben Handrollstuhl
Gewicht kg: Breite cm:

Der/die Teilnehmende stellt das System zur Sicherung des Rollstuhls inklusive Beckengurt zur Verfügung. Die ASPr-SVG | Polio.ch lehnt Haftungsansprüche ab, wenn kein zuverlässiges und sicheres System mitgebracht wird.

Ich bringe folgende Hilfsmittel mit

❑ Plastikschutz (Bett)	❑ Rutschbrett
❑ Urinflasche	❑ Drehscheibe
❑ Bettschüssel	❑ Patientenheber
❑ WC-Stuhl	❑ Stehlift
❑ Duschstuhl	❑ Hörgerät
❑ Brille	❑ Linsen

❑ Orthesen/Schienen:
❑ Prothesen:
❑ Hilfsmittel
Kommunikation:

Bett

Ich benötige (sofern vorhanden)

❑ Pflegebett	❑ Bettbügel
❑ Bettgitter	❑ Betterhöhung

Mahlzeiten

Selbstständigkeit bei	**ja**	**tlw.**	**nein**
Essen	❑	❑	❑
Trinken	❑	❑	❑
PEG-Sonde	❑	❑	❑

Ich benötige

❑ Suppenteller	❑ Hohe Gläser
❑ Hohe Tassen	❑ Trinkhalm

Das eigene Spezialgeschirr bewährt sich am besten. Daher ist dieses, wie auch die eigenen plastifizierten Servietten mitzubringen.

Rechtliches

Die Teilnehmenden, ihre gesetzlichen Vertreter sind für den Versicherungsschutz verantwortlich (Krankheit, Unfall, Diebstahl, Haftpflicht usw.). Bei einer Stornierung Ihrerseits wird gegen Vorweisen eines Arztzeugnisses auf die Verrechnung des Unkostenbeitrages von CHF 50.– verzichtet, die Kosten werden zurückerstattet. In besonderen Situationen entscheidet die Leitung nach Absprache mit dem Sekretariat über das Vorgehen.

❑ Ich gestatte der ASPr-SVG | Polio.ch Fotos mit meinem Abbild zu veröffentlichen (Faire Face, Homepage usw.).
❑ Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten innerhalb der von mir besuchten Veranstaltung weitergegeben werden.
❑ Ich bestätige, dass die angegebenen Auskünfte korrekt und vollständig sind. Änderungen des Allgemeinzustandes oder Betreuungsbedarfs werden vor Beginn der Veranstaltung dem Sekretariat oder der Leitung gemeldet.
❑ Ich bestätige, dass ich die Allgemeinen Teilnahmebedingungen der ASPr-SVG | Polio.ch zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.

Die persönlichen Daten werden vertraulich behandelt. Die Weitergabe an Dritte ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Betroffenen erlaubt.

Datum und Unterschrift