



Anmeldung Teilnehmende

Personalien

Frau Herr Mitglied Nichtmitglied

Name, Vorname

Institution

Strasse Nr.

PLZ Ort Kanton

Telefon, E-Mail

Geburtsdatum

Ich beanspruche ODER beanspruchte eine Massnahme der Invalidenversicherung

ja nein

Art der IV-Leistung:

IV-Rente Hilflosenentschädigung IV
 Hilfsmittel IV
 andere IV-Massnahme: _____

AHV- oder Versicherten-Nr.

Einzelzimmer (sofern verfügbar)

Gesetzliche Vertretung

Name, Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Telefon, E-Mail

Rechnung an gesetzliche Vertretung

Öffentlicher Verkehr

Ich besitze (bitte Abonnement mitbringen):

GA Halbtax-Abo SBB-Begleitkarte

Datum und Unterschrift

Teilnehmende oder gesetzliche Vertretung

<input type="checkbox"/> Näfels GL	24.02.–03.03.2025	Verena Brenn und Susann Siegfried
<input type="checkbox"/> Bellwald VS	15.03.–21.03.2025	Adrienne Hungerbühler-Mattmüller
<input type="checkbox"/> Delémont JU	27.03.–29.03.2025	Sebastiano Carfora
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	28.03.–30.03.2025	Mario Tobler
<input type="checkbox"/> Walchwil ZG	05.04.–12.04.2025	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Magliaso TI	13.04.–26.04.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	26.04.–03.05.2025	Ruth Burkhalter und Fritz Bär
<input type="checkbox"/> Näfels GL	02.05.–09.05.2025	Verena Brenn und Susann Siegfried
<input type="checkbox"/> Delémont JU	12.05.–16.05.2025	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	13.05.–17.05.2025	Susanne Bernardet und Margrit Elber
<input type="checkbox"/> Arbon TG	15.06.–20.06.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Hasliberg BE	28.06.–05.07.2025	Annelies Müller und Myrta Schneider
<input type="checkbox"/> Eichberg SG	12.07.–25.07.2025	Lotti Messer und Sina Messer
<input type="checkbox"/> Magliaso TI	20.07.–01.08.2024	Noémie Hess
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	21.07.–02.08.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Delémont JU	21.07.–02.08.2025	Joanna Gerber und Thomas Flühmann
<input type="checkbox"/> Interlaken BE, A	06.09.–11.09.2025	Annelies Müller und Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Interlaken BE, B	30.08.–06.09.2025	Annelies Müller und Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Interlaken BE, C	30.08.–11.09.2025	Annelies Müller und Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Vaumarcus NE	01.09.–12.09.2025	Joanna Gerber und Thomas Flühmann
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	05.09.–07.09.2025	Peter Kasper
<input type="checkbox"/> Wilen OW	20.09.–01.10.2025	Odette Huwylser und Margrit Elber
<input type="checkbox"/> Zug ZG	22.09.–03.10.2025	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Berlingen TG	04.10.–11.10.2025	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Walchwil ZG	19.10.–25.10.2025	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/> Interlaken BE	19.10.–25.10.2025	Thomas Wolf
<input type="checkbox"/> St-Maurice VS	26.10.–31.10.2025	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/> Näfels GL	03.11.–10.11.2025	Verena Brenn und Susann Siegfried
<input type="checkbox"/> Delémont JU	13.11.–15.11.2025	Sebastiano Carfora
<input type="checkbox"/> Delémont JU	23.12.2025–02.01.2026	Joanna Gerber und Thomas Flühmann
<input type="checkbox"/> Sumiswald BE	23.12.2025–02.01.2026	Mario Tobler und Peggy Heinz
<input type="checkbox"/> Wildhaus SG	23.12.2025–02.01.2026	Barbara Lussi
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

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

Bemerkungen



Personalien des/der Teilnehmenden

Name, Vorname

Art der Beeinträchtigung

Genauere Bezeichnung der Beeinträchtigung

Grösse Gewicht

Letzte Teilnahme an einem Kurs der ASPr-SVG

IBAN-Nr.

Bezugsperson

Notfallnummer während des Kurses (Institution und/oder Angehörige)

Name, Vorname

Telefon, Natel

Hausarzt

Name, Vorname

Telefon

Weitere Angaben

Welche besonderen Stärken/Hobbys/Fähigkeiten bringen Sie mit?

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

Wie reise ich an und ab?

Falls Sie eine Mitfahrgelegenheit suchen, melden Sie sich bitte bei der Kursleitung.

Anmeldeformular 2025

Pflegebericht

Epilepsie, Beschreibung:

Diabetes, Beschreibung:

Blutzuckermessung: Selbstständig Durch Betreuung

Insulin: Selbstständig Durch Betreuung

Spezialernährung (vegetarisch, vegan etc.):

Allergie(n), welche?

Nahrungsmittelintoleranz, welche?

Höhenempfindlichkeit (für Kursausflüge) ab

_____ m ü. M.

Raucher

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"/>
Gesäss reinigen	<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

Bitte Pflegebericht des Heims/der Institution beilegen.

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

Insbesondere müssen die Medikamente in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein (Medikamentendosett). Vergessen Sie nicht, die Beipackzettel mitzunehmen. Wichtige Informationen/Besonderheiten für Notfälle oder Ersatzmedikamente müssen mitgegeben werden.

- Regelmässige Einnahme von Medikamenten
- Selbstständig 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 Ins Auto ein- und aussteigen
- Rollator Beim Transfer mithelfen
- Elektrorollstuhl Im Rollstuhlbus auf Sitze umsteigen
- Faltbarer Rollstuhl
- Handrollstuhl (nicht faltbar)
- Swiss-Trac
- Andere: _____

Ich bringe folgende Hilfsmittel mit

- Plastikschatz (Bett) Rutschbrett
- Urinflasche Drehscheibe
- Bettschüssel Patientenheber
- WC-Stuhl Stehlift
- Duschstuhl Hilfsmittel zur Kommunikation
- Brille Linsen Hörgerät
- Orthesen/Schienen _____
- Prothesen _____

Rollstuhlsicherung im Bus

Masse des Rollstuhls: Gewicht _____ kg Breite _____ cm

Die Teilnehmenden stellen das System zur Sicherung des Rollstuhls (Beckengurt) zur Verfügung. Die ASPr-SVG lehnt daraus entstehende Haftungsansprüche ab, wenn kein zuverlässiges und sicheres System mitgebracht wird.

Bett (kostenpflichtig)

- Bettbügel Pflegebett 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 Ihr Spezialgeschirr und die plastifizierten Servietten mit. Ich benötige:

- Suppenteller Hohe Gläser Hohe Tassen Trinkhalm

Rechtliches

Es gelten die allgemeinen Teilnahmebedingungen, siehe Kursprogramm oder www.aspr-svg.ch/kurse.

Bei einer Annullaion, Änderung oder Umbuchung Ihrer Buchung wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 50.– erhoben. Treten Sie von der Buchung zurück, werden Ihnen folgende Kosten zusätzlich in Rechnung gestellt:

- ❖ 90 bis 61 Tage vor Abreise: 20%
- ❖ 60 bis 31 Tage vor Abreise: 40%
- ❖ 30 bis 15 Tage vor Abreise: 60%
- ❖ 14 bis 8 Tage vor Abreise: 80%
- ❖ Weniger als sieben Tage vor Abreise und bei Nichterscheinen: 100%

Die Annullations- und Rückreiseversicherung obliegt der Verantwortung der Teilnehmenden bzw. ihrer gesetzlichen Vertretungen. Dasselbe gilt für den übrigen Versicherungsschutz (Krankheit, Unfall, Diebstahl, Haftpflicht usw.).

Änderungen des Allgemeinzustandes oder Betreuungsbedarfs sind vor Kursbeginn dem Kurssekretariat oder der Kursleitung zu melden.

- Ich gestatte der ASPr-SVG nicht, Fotos mit meinem Abbild zu veröffentlichen (Faire Face, Internetseite, Facebook etc.).
- Ich bin nicht einverstanden, dass meine Kontaktdaten innerhalb der von mir besuchten Veranstaltung weitergegeben werden.

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

Vollmacht für ärztliche Auskunft

Die ASPr-SVG | Polio.ch wird bevollmächtigt, Auskünfte von meinen behandelnden Ärzten, dem Pflegepersonal sowie den Trägern der Einrichtungen zu erhalten. Diese werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Bevollmächtigten entbunden. Diesen ist im weitestmöglichen Umfang ein Besuchsrecht zu gestatten.

Datum und Unterschrift _____