



Bitte ausfüllen und unterschrieben dem Anmeldeformular beilegen

Kurs _____ vom _____ bis _____

Name _____ Vorname _____

Hausarzt _____ Frau Herr

Name _____ Vorname _____

Strasse und Nr. _____

PLZ _____ Ort _____ Tel. _____

Allgemeine Angaben

Grösse _____ Gewicht _____

Bemerkungen/Massnahmen _____

Epilepsie _____

Allergie(n) _____

Diabetes _____

Spezialernährung _____

Nahrungsmittelintoleranz _____

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 |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

Unterstützung und Hilfsmittel für die Fortbewegung

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Gehstöcke | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Handrollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl | <input type="checkbox"/> Elektro-Scooter | <input type="checkbox"/> Swiss Trac | |
- 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.

Benötigte Hilfestellung (Grundpflege, Behandlungspflege)

Hilfsmittel (Bettgalgen, Elektrobett, Betterhöhung, WC-Stuhl, Duschstuhl)

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

Medikamente

Bemerkungen/Massnahmen

- Regelmässige Einnahme von Medikamenten _____

Die Medikamentenliste bitte zusammen mit den Medikamenten 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 I 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).