



### Personalien

Frau  Herr  Mitglied

Name, Vorname

Institution

Strasse Nr.

PLZ Ort Kanton

Telefon/Handy E-Mail

Geburtsdatum

Nummer Versicherungsausweis AHV/IV

7 5 6

Ich beanspruche eine Massnahme der Invalidenversicherung

ja  nein

Art der Leistung

IV-Rente gemäss Art. 74 IVG  
 andere

Einzelzimmer, sofern verfügbar

### Gesetzliche Vertretung

Name, Vorname

Strasse Nr.

PLZ Ort Kanton

Telefon Handy E-Mail

Rechnung an

gesetz. Vertretung  Teilnehmende

### Öffentlicher Verkehr

Ich besitze:

GA  SBB Halbtax  SBB Begleiterkarte

Datum und Unterschrift

Teilnehmende oder gesetzliche Vertretung

### Anmeldung einreichen an:

ASPr-SVG | Polio.ch

Team Goodtime, Route du Grand-Pré 3, 1700 Fribourg

goodtime@aspr.ch  
Erika Piat  
Mario Tobler

026 322 94 34  
076 420 12 33

## Anmeldung

## Teilnehmende

<input type="checkbox"/>	Bellwald VS	10.03.-16.03.24	Adrienne und Flurin Hungerbühler
<input type="checkbox"/>	Kerenzerberg GL	01.04.-05.04.24	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/>	Delémont JU	11.04.-13.04.24	Sebastiano Carfora
<input type="checkbox"/>	Walchwil ZG	15.04.-20.04.24	Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/>	Interlaken BE	04.05.-11.05.24	Ruth Burkhalter und Fritz Bär
<input checked="" type="checkbox"/>	St-Maurice VS	12.05.-17.05.24	Damien Pugliese
<input type="checkbox"/>	Interlaken BE	21.05.-25.05.24	Susanne Bernadet und Margrit Elber
<input type="checkbox"/>	Zug ZG	14.06.-24.06.24	Andrea Matzinger und Michael Grünig
<input type="checkbox"/>	Leukerbad VS	29.06.-05.07.24	André Addor
<input type="checkbox"/>	Eichberg SG	13.07.-26.07.24	Lotti Messer und Sina Messer
<input type="checkbox"/>	Sumiswald BE	22.07.-03.08.24	Joanna Gerber und Maité Rérat
<input type="checkbox"/>	Magliaso TI	10.08.-23.08.24	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/>	Interlaken BE	31.08.-12.09.24	Annelies Müller und Brigitte Spescha
<input type="checkbox"/>	Wilén am Sarnersee OW	21.09.-02.10.24	Odette Huwyler und Margrit Elber
<input type="checkbox"/>	Walchwil ZG	12.10.-21.10.24	Peggy Heinz
<input type="checkbox"/>	neu: St-Maurice VS	23.10.-27.10.24	Damien Pugliese
<input type="checkbox"/>	Interlaken BE	20.10.-26.10.24	Thomas Wolf
<input type="checkbox"/>	Delémont JU	31.10.-02.11.24	Sebastian Carfora
<input type="checkbox"/>	neu: Näfels GL	16.09.-20.09.24	Joanna Gerber
<input type="checkbox"/>	Delémont JU	23.12.24-02.01.25	Joanna Gerber und Thomas Flühmann
	Sumiswald BE	23.12.24-02.01.25	Mario Tobler und Peggy Heinz
<input type="checkbox"/>	Wildhaus SG	23.12.24-02.01.25	Barbara Lussi
<input type="checkbox"/>	neu: Magliaso TI	21.07.-02.08.24	Noémi Hess und Peter Kasper
<input type="checkbox"/>	neu: Berlingen TG	16.08.-18.08.24	Christel Graf und Peter Kasper

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 Teilnehmende

Name, Vorname

Art der Beeinträchtigung

Genauere Bezeichnung der Beeinträchtigung

Grösse:

Gewicht:

Letzte Kurs-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?

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

Wie reise ich an und ab?

Epilepsie, Beschreibung:

Diabetes, Beschreibung:

Messung  selbstständig  durch  
Blutzucker  durch  
Beschreibung:  Betreuung

Verabreichung  selbstständig  durch  
Insulin  durch  
Beschreibung:  Betreuung

Spezialernährung (Vegetarisch, Vegan usw.)

Nahrungsmittelintoleranz, welche?

Allergien, welche?

Höhenempfindlichkeit ab M.ü.M.

Raucher:  nein  ja

### Grundpflege

Selbstständigkeit	ja	tlw.	nein
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<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"/>
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 der  
Institution

ja  nein

Ergänzungen:

