



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"/>	Wilten 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:

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: |

Weitere Angaben:

Ausscheidung

- Dauerkatheter:
- Blasenspülung:
- Cystofix:
- Urinalträger:
- Inkontinenzschutz GIS:
- Stuhl ausräumen:

Medikamente

Medikamente müssen in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein, z.B. in (Medikamentendosetts)

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:

- Keine
- Gehstöcke
- Rollator
- Handrollstuhl
- Elektrorollstuhl
- Swiss Trac
- Andere:
- Mein Handrollstuhl ist faltbar

Kann:

- Treppen steigen
- In Auto ein-/aussteigen
- Beim Transfer helfen
- Im Bus umsetzen

Andere:

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plastikschutz (Bett) | <input type="checkbox"/> Rutschbrett |
| <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Drehscheibe |
| <input type="checkbox"/> Bettschüssel | <input type="checkbox"/> Patientenheber |
| <input type="checkbox"/> WC-Stuhl | <input type="checkbox"/> Stehlift |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Hörgerät |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Linsen |
| <input type="checkbox"/> Orthesen/Schienen: | |
| <input type="checkbox"/> Prothesen: | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | |
| Kommunikation: | |

Bett

Ich benötige (kostenpflichtig)

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Bettbügel |
| <input type="checkbox"/> Bettgitter | <input type="checkbox"/> Betterhöhung |

Mahlzeiten

Selbstständigkeit bei	ja	tlw.	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"/>

Ich benötige

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suppenteller | <input type="checkbox"/> Hohe Gläser |
| <input type="checkbox"/> Hohe Tassen | <input type="checkbox"/> Trinkhalm |

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

Rechtliches

Es gelten die allgemeinen Teilnahmebedingungen.

Bei einer Annullation, Änderung oder Umbuchung Ihrer Buchung werden pro Person CHF 50.– als Bearbeitungsgebühr erhoben. Bei Krankheit und Unfall kann gegen Vorweisen eines Arztzeugnisses auf die Verrechnung des Unkostenbeitrages verzichtet werden.

Treten Sie von der Buchung zurück werden Ihnen folgende Kosten zusätzlich in Rechnung gestellt:

> 90–61 Tage vor Abreise 20%	> 60–31 Tage vor Abreise 40%
> 30–15 Tage vor Abreise 60%	> 14–8 Tage vor Abreise 80%
> < 7 Tage vor Abreise und bei Nichterscheinen 100%	

Die Annullationskosten- und Rückreiseversicherung obliegt Ihrer Verantwortung.

Änderungen des Allgemeinzustandes oder Betreuungsbedarfs werden vor Beginn der Veranstaltung dem Sekretariat oder der Leitung gemeldet.

Ich gestatte der ASPr-SVG | Polio.ch nicht, Fotos mit meinem Abbild zu veröffentlichen (Faire Face, Homepage usw.).

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.

Datum und Unterschrift
