



	Tel. Geschäft	E-Mail	
<b>Hausarzt</b>	Name	Vorname	
	Strasse		
	PLZ/Wohnort		
	Tel.	E-Mail	
<b>Krankenkasse</b> Name Krankenkasse Nummer	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
<b>Versicherungen</b> Name	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Haftpflicht	
<b>IV-Nummer!</b> (zwingend)			
<b>Art der Behinderung</b>	Bitte Art der Behinderung / Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können)		
<b>Grad der Behinderung</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<b>Gesundheitsprobleme</b> <input type="checkbox"/> <b>Epilepsie</b>	(Zutreffendes bitte ankreuzen)		
	<input type="checkbox"/> regelmässig	<input type="checkbox"/> ab und zu	<input type="checkbox"/> selten
	Wann?		
<input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> <b>Herzbeschwerden</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	Wann? (z.B. Höhe ü. M.)		
<input type="checkbox"/> <b>Kreislaufbeschwerden</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	Wann?		
<input type="checkbox"/> <b>Gehbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> <b>Hörbehinderung</b>			
Rechtes Ohr	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Linkes Ohr	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> <b>Sprachbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> <b>Sehbehinderung</b>			
Rechtes Auge	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Linkes Auge	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> <b>Atembeschwerden</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	Wann treten sie auf?		
<input type="checkbox"/> <b>Blasenprobleme/ Einnässen</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Allergien</b>	Welche?		
<b>Spezielles</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal depressiv	<input type="checkbox"/> Ich fürchte mich besonders vor:	
	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal aggressiv	<input type="checkbox"/> Ich habe besonders Abneigung vor:	
	<input type="checkbox"/> Ich laufe manchmal weg		
	<input type="checkbox"/> Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde.		
	Welche?		
	<input type="checkbox"/>		

<b>Sexualität</b>	Sind Auffälligkeiten vorhanden? <i>Wenn ja, wie zeigt sich das?</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Hilfsmittel</b>	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen</i>		
	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät
	<input type="checkbox"/> Zahnprothesen	<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl	<input type="checkbox"/> Schuheinlagen
	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Faltrollstuhl
	<i>Ich kann im Car/Auto ohne Rollstuhl sitzen</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Medikamente, welche während des Kurses eingenommen werden müssen</b>	<i>Name</i>	<i>Morgens (Menge)</i>	<i>Mittags (Menge)</i>
			<i>Abends (Menge)</i>
<b>Notfallmedikamente</b>	<b>Name:</b>	<b>Wann kommt dies zum Einsatz:</b>	<b>Menge:</b>
	<input type="checkbox"/> Ich nehme die Medikamente selbstständig ein <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass mich jemand kontrolliert <input type="checkbox"/> Die Einnahme der Medikamente macht mir Mühe <i>So geht es für mich am einfachsten:</i>		
<b>Unverträglichkeit</b>	<i>Name Medikament</i>	<i>Nebenwirkung</i>	
<b>Unterstützung und Betreuung</b>	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
	Ich benötige Einzelbetreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich gehe selbstständig zur Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich kann mich verbal ausdrücken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich kann mich mit Gebärden ausdrücken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich melde meine Bedürfnisse an	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich kann alleine nach Hause	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<i>Anderes:</i>		
<b>Utensilien</b>	<b><i>Regelmässig benötigte Utensilien sind von den Teilnehmenden selber mitzunehmen.</i></b>		
<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/> Ich bin Vegetarier/in	<input type="checkbox"/> Ich benötige Diät (Diätplan beilegen)	
	<input type="checkbox"/> Ich muss auf die Essensmenge achten	<input type="checkbox"/> Ich trinke koffeinfreien Kaffee	
	<input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen	<input type="checkbox"/> Ich trinke Tee (keinen Kaffee)	
	<input type="checkbox"/> Ich rauche	<input type="checkbox"/> Ich trinke Alkohol	
	<i>Mein Lieblingsessen:</i>		
	<i>Was ich nicht esse und trinke</i>		
	<i>Unverträgliche Lebensmittel</i>		

<i>Mobilität</i>	Ich benutze die Verkehrsmittel selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich kann mich allein orientieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mir wird schlecht beim <input type="checkbox"/> Auto fahren <input type="checkbox"/> Seilbahn fahren <input type="checkbox"/> Schiff fahren
<i>Abonnemente</i>	Ich besitze eine Begleiterkarte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich besitze ein Halbtax-Abonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich besitze ein Generalabonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wenn vorhanden, unbedingt mitnehmen.</b>
<i>Sport</i>	<i>Ich kann</i> <input type="checkbox"/> kurze Distanzen gehen (bis ..... Stunden) <input type="checkbox"/> Lange Distanzen gehen (bis ..... Stunden) <input type="checkbox"/> ohne Hilfe schwimmen <input type="checkbox"/> mit Schwimmhilfe schwimmen <input type="checkbox"/> Ich darf tauchen. <input type="checkbox"/> Ich darf vom Sprungbrett springen.
<i>Was ich nicht darf</i>	
<i>Sonstige Bemerkungen</i>	
<i>Foto, Filme</i>	Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass Fotos, Filme, welche während den Freizeitkursen entstanden sind, von insieme für Oeffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.
<i>Unterschrift</i>	<i>Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt durch:</i>
<i>Name</i>	
<i>Datum</i>	
<i>Unterschrift teilnehmende Person</i>	
<i>Unterschrift gesetzliche Vertretung</i>	
<i>Wichtig</i>	Um Komplikationen während der Freizeitkursen zu vermeiden, bitten wir Sie, den Fragebogen gut leserlich und wahrheitsgetreu auszufüllen. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Falsche oder unvollständige Angaben beeinträchtigen das Wohlbefinden der Personen ebenso wie das der ganzen Gruppe. Die Angaben werden vom Sekretariat und von den Begleitpersonen streng vertraulich behandelt. Über Angelegenheiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und deren Angehörige haben sowohl die Mitarbeitende von insieme Luzern wie auch die Begleitpersonen Verschwiegenheit zu wahren. Die Pflicht zur Verschwiegenheit dauert über das Arbeitsverhältnis hinaus.