

Anmeldung Ferienwochen Frühling / Sommer / Herbst 2026



Wir freuen uns über Ihre Anmeldung für ein Ferienangebot von insieme Luzern.

Dieses Dossier ist das **Hauptarbeitsmittel** für die zuständige Betreuerin / den zuständigen Betreuer unseres Feriengastes. Wir bitten Sie daher, möglichst viele **hilfreiche, realistische und wahrheitsgetreue Informationen** anzugeben.

Bei ungenügenden oder falschen Angaben behalten wir uns einen Ferienausschluss oder -abbruch vor. **Änderungen des Gesundheitszustandes müssen rechtzeitig vor Ferienantritt an insieme Luzern gemeldet werden.** Für die Folgen falscher oder ungenügender Angaben übernimmt insieme Luzern keine Verantwortung und keine Haftung. In diesem Zusammenhang anfallende Mehrkosten werden weiter verrechnet.

Dieses Dossier bleibt **vertraulich**. Es wird in der Geschäftsstelle von insieme Luzern aufbewahrt und den zuständigen Personen zur Vorbereitung und Durchführung der Ferienwoche zur Verfügung gestellt. Nach der Ferienwoche werden die Dossiers aus Datenschutzgründen **vernichtet**.

**aktuelles Foto
bitte hier
hochladen**

(linke Maustaste. Foto vorher abspeichern)

Vielen Dank für das sorgfältige und vollständige Ausfüllen der Anmeldung.
insieme Luzern wünscht allen schöne Ferien!

Name / Vorname:

Pro Person und Jahr kann EIN Ferienplatz gebucht werden. Sollte die Teilnahme bei der gewünschten Ferienwoche nicht möglich sein (Anzahl Plätze begrenzt), können Sie eine zweite und dritte Priorität angeben.

Gerne melde ich mich für folgende Ferienwoche an:

Prio 1 - Ferienwoche:

Datum:

Prio 2 - Ferienwoche:

Datum:

Prio 3 - Ferienwoche:

Datum:

Ferienteilnehmer/in

Name

Vorname

STÄNDIGER WOHSITZ

Institution

Strasse

PLZ / Ort

Tel.

Mobile

Geb. Datum

E-Mail

Bezugsperson

Institution / Wohngruppe

Name

Vorname

Tel.

E-Mail

NOTFALLNUMMER

JEDERZEIT ERREICHBAR!!

Name

Vorname

Tel.

Mobile

Rechnungsadresse	Name	Vorname	
	Institution	E-Mail	
	Strasse	PLZ / Ort	
Hausarzt	Name	Vorname	
	Strasse	PLZ / Ort	
	Tel.	Mobile	
	E-Mail		

Im Notfall kontaktieren wir Ihren Hausarzt. Mit Ihrer Unterschrift entbinden Sie ihn im entsprechenden Umfang vom Arztgeheimnis.

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
Name / Vers. Nr.			
Versicherungen	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht	
Name / Vers. Nr.			

Sozialvers.-/IV-Nummer 756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _

Genaue Bezeichnung der Beeinträchtigung

Bitte genaue Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können)

Grad Beeinträchtigung

geistig	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
körperlich	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> keine körperliche Beeinträchtigung		

Gesundheit

☐ **Epilepsie**

Körpergrösse: _____ Körpergewicht: _____

☐ Typ "Grand mal" ☐ Typ "Petit mal"

Datum letzter Anfall: _____

Übliche Frequenz der Anfälle: _____

Symptome vor Anfall: _____

Symptome bei einem Anfall: _____

Angepasstes Verhalten: _____

☐ **Diabetes**

☐ Insulinspritze nötig ☐ Insulinspritze nicht nötig

spezielle Hinweise: _____

☐ **Herz- / Kreislaferkrankungen**

☐ nein ☐ ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben

Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben: _____

☐ **Atembeschwerden / Asthma**

☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Welche / wann treten sie auf? _____

<input type="checkbox"/> Allergien	An welchen Allergien (ohne Essen / Medikamente) leiden Sie? _____		
	Welche Symptome treten auf? _____		
	Was hilft: _____		
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Sprach- beeinträchtigung Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Tablet	<input type="checkbox"/> Talker	<input type="checkbox"/> Gebärdensprache
	<input type="checkbox"/> Piktogramme	<input type="checkbox"/> andere: _____	
<input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung	Rechtes Ohr		
	Linkes Ohr		
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung	Rechtes Auge		
	Linkes Auge		
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Weitere Hilfsmittel (ohne Rollstühle)	<input type="checkbox"/> Hörgerät/e	<input type="checkbox"/> Gebärden	<input type="checkbox"/> andere: _____
	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> andere: _____
	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Schuheinlagen	<input type="checkbox"/> Andere: _____
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	An welcher Form von Inkontinenz leiden Sie (bitte genau beschreiben)? _____		
	Hilfsmittel (selber mitbringen!): _____		
Andere Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal depressiv		
	Zeigt sich durch: _____		
	Was hilft: _____		
	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal aggressiv		
	Bei welchen Situationen: _____		
	Was hilft: _____		
	<input type="checkbox"/> Ich fürchte mich besonders vor: _____		
	<input type="checkbox"/> Ich habe besondere Abneigung gegen: _____		
	<input type="checkbox"/> Ich laufe manchmal weg: _____		
	Bei welchen Situationen? _____		
	Was hilft? _____		
	<input type="checkbox"/> Es gibt Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde.		
	Welche? _____		
	Was hilft? _____		
	Suchtprobleme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	
Art / Beschreibung			
Bitte benennen Sie die Sucht. Wie ist damit umzugehen (Verbot, kontrollierte Abgabe, etc.)			
Rauchen: Muss der Konsum überwacht werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein			
Max. Anzahl Zigaretten / Tag _____			

Sexualität / Neigungen	Sind Auffälligkeiten vorhanden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, wie zeigt sich das? _____			
	Ist die Schwangerschaftsverhütung geregelt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
psych. Behandlung	<input type="checkbox"/> Ich bin/war in psychologischer Behandlung		<input type="checkbox"/> Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung	
Fachperson	Name _____		Tel. _____	
<input type="checkbox"/> Die Lagerleitung wird gebeten, mit der Fachperson Kontakt aufzunehmen.				
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nimmt keine Medikamente ein		<input type="checkbox"/> Nimmt Medikamente ein	
<p>Sie tragen die Verantwortung dafür, dass die Medikamentenabgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann. Medikamente bitte in Tagesdosen vorbereiten und anschreiben. Vergessen Sie nicht die Beipackzettel mitzunehmen. Zudem muss die mitgenommene Menge für die ganze Feriendauer reichen!</p>				
Fixmedikation	Name	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	Abends (Menge)
Bitte genau auflisten oder Medikamenten- plan beilegen!	_____			

Reservemedikation bei Schmerzen, Unruhe, psychischen Belastungen usw.	_____			
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> <p>Dürfen rezeptfreie Medikamente ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein</p> </div>				
<input type="checkbox"/> Ich benötige KEINE Reservemedikation				
<input type="checkbox"/> Ich nehme die Medikamente selbstständig ein				
<input type="checkbox"/> Ich möchte, dass mich jemand unterstützt				
<input type="checkbox"/> Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden.				
So geht die Einnahme für mich am einfachsten: _____				
Medikamenten- Unverträglichkeiten	Name Medikament / Wirkstoff _____			

Wechselwirkungen?	_____			
<input type="checkbox"/> Starrkrampfpimpfung	<input type="checkbox"/> Ich bin gegen Starrkrampf geimpft		Impfdatum: _____	

Pflege und Betreuung	Ich bevorzuge als Betreuungsperson		<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> egal
	Ich benötige Einzelbetreuung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
	Teilweise in folgenden Situationen: _____			

Einstufung der Unterstützungsleistungen				
<input type="checkbox"/> max. 2h pro Tag		<input type="checkbox"/> max. 4h pro Tag	<input type="checkbox"/> Tagesunterstützung	

Selbstständigkeit	Ich kann mich selbstständig ankleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich kann mich alleine ausziehen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich wasche mich selbstständig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich dusche selbstständig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich putze die Zähne allein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich kämme mich selbstständig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich gehe selbstständig zur Toilette	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich kann mich nach dem Toilettengang selbstständig reinigen (Intimpflege)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich rasiere mich allein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich wähle selbstständig meine Kleider	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich wechsle von allein meine Wäsche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Ich kann selber die Schuhe binden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung	
	Schwimmen / Baden	Ich kann ohne Hilfe schwimmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ich darf tauchen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
Auftriebsmittel beim Schwimmen		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
Welche: _____					
Unterkunft / Zimmer	Einzelzimmer sind nur für einzelne Ferienangebote buchbar. Bitte beachten Sie die Unterkunftsart in der Broschüre. Benötigt ein Teilnehmer / eine Teilnehmerin ein Einzelzimmer, kann er / sie nur für eine Ferienwoche angemeldet werden, welche dies auch anbietet.				
	Ich brauche zwingend ein Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Wenn ja, was ist der Grund? _____				
	Ich kann im Kajütenbett oben schlafen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Ich benötige ein Pflegebett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Ich benötige ein Bettseitengitter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Schlaf / Nacht	Ich brauche einen Mittagsschlaf	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	
		Ich gehe selbstständig zu Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Anleitung
		Ich schnarche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	
		Schlafgewohnheiten, Rituale, Zeiten, etc.: _____			

<input type="checkbox"/> Ich leide unter Schlafstörungen					
Auslöser? Was hilft? _____					

Ich brauche Pflege in der Nacht		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
Ich brauche Betreuung in der Nacht		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____					

Grundsätzlich können wir während der Nacht KEINE Assistenz oder Kontrollgänge anbieten. Wir werden Sie kontaktieren, um die Bedürfnisse genau abzuklären, falls oben mit ja angekreuzt wurde.					

Essen / Trinken☐ Ich bin Vegetarier/in☐ Ich benötige Diät (Diätplan beilegen)☐ Ich muss auf die Essensmenge achten☐ Ich trinke Kaffee, max. Tassen pro Tag: _____☐ Ich brauche Unterstützung beim Essen☐ Magensonde: _____☐ Ich darf Alkohol trinken, max. Menge/Tag: _____

Spezielle Hilfsmittel / weitere Besonderheiten: _____

Lebensmittelunverträglichkeiten und -allergien☐ Lebensmittelallergien: _____

Reaktion bei Kontakt: _____

Was hilft: _____

☐ Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

Symptome _____

Was hilft: _____

Verdauung☐ Ich neige zu Verstopfung☐ Ich neige zu Durchfall

Auslöser? Was hilft? _____

Sport / Bewegung**Für Fussgänger*innen**☐ Ich kann kurze Distanzen gehen (bis _____ Stunden)☐ Ich kann lange Distanzen gehen (bis _____ Stunden)☐ Ich benötige folgende Hilfsmittel für Ausflüge: _____☐ Ich gehe nicht gerne☐ Aktivferien (Wandern, Lamatrekking): ich kann bis zu 4-5 Stunden gehen/marschieren**Für Rollstuhlfahrer*innen**

Ich kann

☐ gehen☐ stehen☐ Treppen steigen☐ im Autositz reisen☐ beim Transfer mithelfen☐ nur im Rollstuhl reisen

Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen

☐ immer☐ teilweise☐ unterstützt durch Motor

Ich kann den Rollstuhl selber fahren

☐ ja☐ nein☐ teilweise

Welche Art von Rollstuhl besitzen Sie

☐ Elektrorollstuhl☐ Handrollstuhl☐ Handrollstuhl faltbar

Rollstuhlmasse

Länge in cm _____

Höhe in cm _____

Breite in cm _____

Gewicht in kg _____

Breite gefaltet in cm _____

Rollstuhl-Typ / -Marke _____

Nackenstütze vorhanden

☐ ja☐ nein

Sonstiges/Bemerkungen/zusätzliche Hilfsmittel: Rollator, Swisstrac, Fixiergurt etc. (inkl. Mass/Gewicht)

Taschengeld	<input type="checkbox"/> Ich kann mit Geld umgehen <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet		
Mobilität	Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig Ich kann mich alleine orientieren Mir wird schlecht beim	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Auto/Bus fahren <input type="checkbox"/> Seilbahn fahren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schiff fahren
Abonnemente	Ich besitze: ein SBB Begleitabo (Begleiterkarte) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein einen IV-Ausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein ein Halbtax-Abonnement <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein ein Generalabonnement <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Wenn vorhanden, unbedingt in die Ferienwoche/n mitnehmen!		
Welche besonderen Stärken, Hobbies, Fähigkeiten haben Sie			
Charakterisierung Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten			
Was brauche ich zur Regulation, Regeneration? Was nimmt mir Druck? Was gibt mir Sicherheit?			
Weitere Bemerkungen / Hinweise / Informationen			
Kontaktaufnahme der Betreuungsperson vor der Ferienwoche	Die Betreuungsperson wird sich rechtzeitig vor Ferienbeginn bei der von Ihnen aufgeführten Bezugsperson melden und bei Bedarf einen Besuchstermin vereinbaren. Ist ein Besuch notwendig / gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist ein Telefongespräch gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kontaktperson für Rückfragen u. allfälliger Terminvereinbarung	Name, Vorname _____ Telefonnummer _____		

Bestätigung Versicherungsabschluss	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die obligatorischen Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Wir empfehlen zudem den Abschluss einer Annulationskosten- und Rückreiseversicherung .
Annulationskosten	Wir erinnern Sie daran, dass Sie eine verbindliche Anmeldung gemacht haben. Eine Annulation muss schriftlich erfolgen. Erfolgt diese nach Erhalt der Bestätigung, wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 120.00 verrechnet. Bei kurzfristigen Annulationen (ab 60 Tagen vor Abreise) kommen Annulationskosten dazu. Die Bedingungen dazu sind in der Broschüre und auf unserer Homepage genauer beschrieben.
Abbruch	Für die Teilnahme ist eine körperlich, psychisch und emotional stabile Verfassung Voraussetzung . Sollte dies nicht der Fall sein oder sich im Verlauf der Ferien ändern, muss eine frühzeitige Heimreise (Abholung durch eine Bezugsperson) innerhalb von 24h sichergestellt werden können .
Fotos und Filme	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Fotos und Filme, welche in den Ferien entstanden sind, von insieme Luzern für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.
Datenschutz	Unsere Datenschutzrichtlinien finden Sie unter folgendem Link: https://insieme-luzern.ch/ueber-uns/datenschutz/ Sie haben unsere Datenschutzrichtlinien zur Kenntnis genommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen und akzeptieren Sie diese.
Vereinsmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied bei insieme Luzern <input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied bei einem anderen insieme Verein: Name Verein: _____ <input type="checkbox"/> Ich bin noch nicht Mitglied bei insieme Luzern Eine Mitgliedschaft bei insieme Luzern ist für die Teilnahme an unseren Angeboten Bedingung. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Beitritt zu insieme Luzern. Der Jahresbeitrag beträgt CHF 80.00 und wird Ihnen separat in Rechnung gestellt.
Buchung	<input type="checkbox"/> Ich habe keine gesetzliche Vertretung und bin für diese Buchung unterschreibungsberechtigt <input type="checkbox"/> Ich habe eine gesetzliche Vertretung. Bei Teilnehmenden mit einer gesetzlichen Vertretung ist die Anmeldung erst dann rechtsgültig, wenn die schriftliche Zustimmung der gesetzlichen Vertretung vorliegt.
Unterschrift	Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Statuten zur Kenntnis genommen zu haben. Ich bestätige / meine gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten Auskünfte genau und vollständig sind . Änderungen werden umgehend insieme Luzern gemeldet. Feriengast <div> <div>Datum</div> <div>Unterschrift</div> </div> Handschriftlich unterschreiben oder eingescannte Unterschrift einfügen. Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert. Unterschriftsberechtigte Person (Eltern oder gesetzliche Vertretung) <div> <div>Name, Vorname</div> <div>Funktion</div> <div>Datum</div> <div>Unterschrift</div> </div> Handschriftlich unterschreiben oder eingescannte Unterschrift einfügen. Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert.