

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 rechtszeitig 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**.

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

**aktuelles Foto
bitte hier
hochladen**

(linke Maustaste. Foto vorher
abspeichern)

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 WOHNSTIZ	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	<i>Bitte genaue Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können)</i>		
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	Körpergrösse: _____		Körpergewicht: _____
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Typ "Grand mal"		<input type="checkbox"/> Typ "Petit mal"
	Datum letzter Anfall: _____		
	Übliche Frequenz der Anfälle: _____		
	Symptome vor Anfall: _____		
	Symptome bei einem Anfall: _____		
	Angepasstes Verhalten: _____		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulinspritze nötig		<input type="checkbox"/> Insulinspritze nicht nötig
	spezielle Hinweise: _____		
<input type="checkbox"/> Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben
	Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben: _____		
<input type="checkbox"/> Atembeschwerden / Asthma	<input type="checkbox"/> leicht		<input type="checkbox"/> mittel
	<input type="checkbox"/> schwer		
	Welche / wann treten sie auf? _____		

Allergien

An welchen Allergien (ohne Essen / Medikamente) leiden Sie? _____

 **Sprach-
beeinträchtigung
Hilfsmittel**

Welche Symptome treten auf? _____

Was hilft: _____

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> mittel | <input type="checkbox"/> schwer |
| <input type="checkbox"/> Tablet | <input type="checkbox"/> Talker | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache |
| <input type="checkbox"/> Piktogramme | <input type="checkbox"/> andere: _____ | |

 Hörbeeinträchtigung

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

Hilfsmittel

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hörgerät/e | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
|-------------------------------------|--|--|

 Sehbeeinträchtigung

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

Hilfsmittel

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | <input type="checkbox"/> andere: _____ |
|---------------------------------|--|--|

**Weitere Hilfsmittel
(ohne Rollstühle)**

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Schuheinlagen | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
|---------------------------------------|--|--|

 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? Ja nein

Max. Anzahl Zigaretten / Tag _____

Sexualität / Neigungen	Sind Auffälligkeiten vorhanden? wenn ja, wie zeigt sich das?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Ist die Schwangerschaftsverhütung geregt?	<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		
	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!			
Fixmedikation	Name	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	
Bitte genau auflisten oder Medikamentenplan beilegen!			Abends (Menge)	
Reservemedikation bei Schmerzen, Unruhe, psychischen Belastungen usw.				
Dürfen rezeptfreie Medikamente ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden?				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein		
	<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: _____			
	Name Medikament / Wirkstoff			
Medikamenten- Unverträglichkeiten				
Wechselwirkungen?				
<input type="checkbox"/> Starrkrampfimpfung	<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		
<hr/>						
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: _____					
<hr/>						
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? _____					
	<hr/>					
	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			
	<hr/>					
	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.: _____						
<hr/>						
<hr/>						
<input type="checkbox"/> Ich leide unter Schlaftörungen						
Auslöser? Was hilft? _____						
<hr/>						
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? _____				
		<hr/>				
		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 Kaffe, 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 selbstständig Ich kann mich alleine orientieren Mird 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	<hr/> <hr/>		
Charakterisierung Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten	<hr/> <hr/>		
Was brauche ich zur Regulation, Regeneration? Was nimmt mir Druck? Was gibt mir Sicherheit?	<hr/>		
Weitere Bemerkungen / Hinweise / Informationen	<hr/>		
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 fühlzeitige 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	<p><input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied bei insieme Luzern</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied bei einem anderen insieme Verein:</p> <p>Name Verein: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin noch nicht Mitglied bei insieme Luzern</p> <p>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.</p>
Buchung	<p><input type="checkbox"/> Ich habe keine gesetzliche Vertretung und bin für diese Buchung unterschriftsberechtigt</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine gesetzliche Vertretung.</p> <p>Bei Teilnehmenden mit einer gesetzlichen Vertretung ist die Anmeldung erst dann rechtsgültig, wenn die schriftliche Zustimmung der gesetzlichen Vertretung vorliegt.</p>
Unterschrift	<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Statuten zur Kenntnis genommen zu haben.</p> <p>Ich bestätige / meine gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten Auskünfte genau und vollständig sind. Änderungen werden umgehend insieme Luzern gemeldet.</p> <p>Feriengast</p>
Datum	_____
Unterschrift	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)
Name, Vorname	_____
Funktion	_____
Datum	_____
Unterschrift	Handschriftlich unterschreiben oder eingescannte Unterschrift einfügen. Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert.