

Anmeldung Celerina Winterwoche 2027



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**.

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

**aktuelles Foto
bitte hier
hochladen,
einkleben oder
digital senden**

Name / Vorname:

Wir legen Wert darauf, dass möglichst alle angemeldeten Personen mindestens **einen** Ferienplatz erhalten. Falls die Teilnahme bei der gewünschten Ferienwoche nicht möglich ist (begrenzte Platzzahl), geben sie bitte eine zweite und dritte Priorität an. Nach der ersten Einteilung vergeben wir allfällige noch freie Plätze als **zusätzliche** Ferienwoche, gemäss Ihren Angaben.

Ferienwoche:	Celerina Winterwoche	Datum:	09.-16. Januar 2027
Sportart:	Alpin / Snowboard	Winterwandern	Langlauf
Nur für Langlauf:	Mietmaterial benötigt	Schuhgrösse:	
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	Name	Vorname	
JEDERZEIT ERREICHBAR!!	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	☐ Allgemein	☐ Halbprivat	☐ Privat
Name / Vers. Nr.			
Versicherungen	☐ Unfall	☐ 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	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
körperlich	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
	☐ keine körperliche Beeinträchtigung ☐ IBB-Stufe _____		

Gesundheit	Körpergrösse: _____	Körpergewicht: _____
	☐ Epilepsie	☐ Typ "Grand mal" ☐ Typ "Petit mal"
	Datum letzter Anfall: _____	
	Übliche Frequenz der Anfälle: _____	
	Symptome vor Anfall: _____	
	Symptome bei einem Anfall: _____	
	Angezeigtes Verhalten: _____	
☐ Diabetes	☐ Insulinspritze nötig ☐ Insulinspritze nicht nötig	
spezielle Hinweise: _____		
☐ Herz- / Kreislaufferkrankungen	☐ nein ☐ ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben	
	Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben: _____	
☐ Atembeschwerden / Asthma	☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer	
	Welche / wann treten sie auf? _____	

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

	Welche Symptome treten auf? _____		
	Was hilft: _____		
☐ Sprach- beeinträchtigung Hilfsmittel	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
	☐ Tablet	☐ Talker	☐ Gebärdensprache
	☐ Piktogramme	☐ andere: _____	

☐ Hörbeeinträchtigung	Rechtes Ohr		
	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
	Linkes Ohr		
	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
☐ Sehbeeinträchtigung	Hilfsmittel		
	☐ Hörgerät/e	☐ Gebärden	☐ andere: _____

☐ Weitere Hilfsmittel (ohne Rollstühle)	Rechtes Auge		
	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
	Linkes Auge		
	☐ leicht	☐ mittel	☐ schwer
☐ Inkontinenz	Hilfsmittel		
	☐ Brille	☐ Kontaktlinsen	☐ andere: _____

☐ Andere Einschränkungen	An welcher Form von Inkontinenz leiden Sie (bitte genau beschreiben)?		

	Hilfsmittel (selber mitbringen!): _____		

	☐ Ich bin manchmal depressiv		
	Zeigt sich durch: _____		
	Was hilft: _____		
	☐ Ich bin manchmal aggressiv		
	Bei welchen Situationen: _____		
	Was hilft: _____		
	☐ Ich fürchte mich besonders vor: _____		
	☐ Ich habe besondere Abneigung gegen: _____		
	☐ Ich laufe manchmal weg: _____		
	Bei welchen Situationen? _____		
	Was hilft? _____		
☐ Es gibt Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde.			
Welche? _____			
Was hilft? _____			
☐ Suchtprobleme	Art / Beschreibung		
	Bitte benennen Sie die Sucht. Wie ist damit umzugehen (Verbot, kontrollierte Abgabe, etc.)		

☐ Suchtprobleme	Rauchen: Muss der Konsum überwacht werden? ☐ Ja ☐ nein		
	Max. Anzahl Zigaretten / Tag _____		

Sexualität / Neigungen	Sind Auffälligkeiten vorhanden?		☐ Ja	☐ nein
	wenn ja, wie zeigt sich das? _____			
	Ist die Schwangerschaftsverhütung geregelt?		☐ Ja	☐ nein
psych. Behandlung	☐ Ich bin/war in psychologischer Behandlung		☐ Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung	
Fachperson	Name _____		Tel. _____	
☐ Die Lagerleitung wird gebeten, mit der Fachperson Kontakt aufzunehmen.				
Medikamente	☐ Nimmt keine Medikamente ein		☐ 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)	Abends (Menge)
Bitte genau auflisten oder Medikamenten- plan beilegen!	_____			

Reservemedikation bei Schmerzen, Unruhe, psychischen Belastungen usw.	_____			
Dürfen rezeptfreie Medikamente ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden? ☐ Ja ☐ nein				
☐ Ich benötige KEINE Reservemedikation				
☐ Ich nehme die Medikamente selbstständig ein				
☐ Ich möchte, dass mich jemand unterstützt				
☐ Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden.				
So geht die Einnahme für mich am einfachsten: _____				
Medikamenten- Unverträglichkeiten	Name Medikament / Wirkstoff _____			

Wechselwirkungen?	_____			
☐ Starrkrampfpimpfung	☐ Ich bin gegen Starrkrampf geimpft		Impfdatum: _____	
Pflege und Betreuung	Ich bevorzuge als Betreuungsperson		☐ Frau	☐ Mann ☐ egal
	Ich benötige Einzelbetreuung		☐ Ja	☐ nein ☐ teilweise
	Teiſſ in folgenden Situationen: _____			
	Einstufung der Unterstützungsleistungen			
	☐ max. 2h pro Tag		☐ max. 4h pro Tag	☐ Tagesunterstützung

Selbstständigkeit	Ich kann mich selbstständig ankleiden	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich kann mich alleine ausziehen	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich wasche mich selbstständig	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich dusche selbstständig	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich putze die Zähne allein	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich kämme mich selbstständig	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich gehe selbstständig zur Toilette	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich kann mich nach dem Toilettengang selbstständig reinigen (Intimpflege)	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich rasiere mich allein	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich wähle selbstständig meine Kleider	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich wechsele von allein meine Wäsche	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Ich kann selber die Schuhe binden	☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
	Schwimmen / Baden	Ich kann ohne Hilfe schwimmen	☐ Ja	☐ nein
Ich darf tauchen		☐ Ja	☐ nein	
Auftriebsmittel beim Schwimmen		☐ Ja	☐ 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	☐ Ja	☐ nein	
	Wenn ja, was ist der Grund? _____			
	Ich kann im Kajütenbett oben schlafen	☐ Ja	☐ nein	
	Ich benötige ein Pflegebett	☐ Ja	☐ nein	
	Ich benötige ein Bettseitengitter	☐ Ja	☐ nein	
	Schlaf / Nacht	Ich brauche einen Mittagsschlaf	☐ Ja	☐ nein
Ich gehe selbstständig zu Bett		☐ Ja	☐ nein	☐ mit Anleitung
Ich schnarche		☐ Ja	☐ nein	
Schlafgewohnheiten, Rituale, Zeiten, etc.: _____				
☐ Ich leide unter Schlafstörungen				
Auslöser? Was hilft? _____				
Ich brauche Pflege in der Nacht		☐ Ja	☐ nein	
Ich brauche Betreuung in der Nacht		☐ Ja	☐ 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 / 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	☐ Ich kann mit Geld umgehen ☐ Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes ☐ Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet		
Mobilität	Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig Ich kann mich alleine orientieren Mir wird schlecht beim Bemerkungen:	☐ Ja ☐ Ja ☐ Auto/Bus fahren ☐ Seilbahn fahren	☐ nein ☐ nein ☐ Schiff fahren
Abonnemente	Ich besitze: ein SBB Begleitabo (Begleiterkarte) ☐ Ja ☐ nein einen IV-Ausweis ☐ Ja ☐ nein ein Halbtax-Abonnement ☐ Ja ☐ nein ein Generalabonnement ☐ Ja ☐ 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? ☐ ja ☐ nein Ist ein Telefongespräch gewünscht? ☐ ja ☐ 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 Annullationskosten- und Rückreiseversicherung .
Annullationskosten	Wir erinnern Sie daran, dass Sie eine verbindliche Anmeldung gemacht haben. Eine Annullation muss schriftlich erfolgen. Erfolgt diese nach Erhalt der Bestätigung, wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 150.00 verrechnet. Bei kurzfristigen Annullationen (ab 60 Tagen vor Abreise) entstehen Annullationskosten. Die Bedingungen dazu sind in der Broschüre (siehe 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 sowie von Partnerorganisationen (Wunderlampe, ZSO Pilatus, ZSO Emme u.ä.) 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/ Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie unsere Datenschutzrichtlinien.
Vereinsmitgliedschaft	☐ Ich bin bereits Mitglied bei insieme Luzern ☐ Ich bin bereits Mitglied bei einem anderen insieme Verein: Name Verein: _____ ☐ 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.
Gesetzliche Vertretung	☐ Ich habe keine gesetzliche Vertretung und bin für diese Buchung unterschriftsberechtigt ☐ 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 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.