

# Anmeldung Ferienwochen Sommer / Herbst 2025

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

Für die definitive Bestätigung des gewünschten Ferienangebotes stützen wir uns auf die Angaben in der Anmeldung ab. **Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt insieme Luzern keine Verantwortung und keine Haftung. Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind rechtzeitig vor Ferienantritt zu melden.** Wir setzen für alle Ferienangebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus. Bei falschen oder ungenügenden Angaben behalten wir uns einen Ferienausschluss oder -abbruch vor. In diesem Zusammenhang anfallende Mehrkosten werden weiter verrechnet.

**Die Ferienwoche findet statt, wenn es genügend Anmeldungen hat.**

Herzlichen Dank für ein sorgfältiges und vollständiges Ausfüllen der Anmeldung! **insieme Luzern wünscht allen schöne Ferien.**

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

**Gerne melde ich mich für folgende Ferienwoche an:**

<b>Name / Vorname</b>	
-----------------------	--

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

<b>Prio 1 – Ferienwoche</b>		<b>Datum</b>	
<b>Prio 2 – Ferienwoche</b>		<b>Datum</b>	
<b>Prio 3 – Ferienwoche</b>		<b>Datum</b>	

<b>Ferienteilnehmer/in STÄNDIGER WOHNSTZ</b>	Name	Vorname
	Name der Institution	
	Strasse/PLZ/Ort	
	Tel.	Mobile
	Geb. Datum	E-Mail

<b>Bezugsperson</b>	Name der Institution / Wohngruppe	
	Name	Vorname
	Tel.	E-Mail

<b>NOTFALLNUMMERN JEDERZEIT ERREICHBAR</b>	Name	Vorname
	Tel.	Mobile

<b>Rechnungsadresse</b>	Name _____	Vorname _____
	Institution _____	E-Mail _____
	Strasse _____	PLZ/Ort _____
<b>Hausarzt</b>	Name _____	Vorname _____
	Strasse _____	
	PLZ/Ort _____	Mobile _____
	Tel. _____	E-Mail _____

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

<b>Krankenkasse</b>	<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
<b>Name</b>	_____		
<b>Versicherungen</b>	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Privathaftpflicht	
<b>Name</b>	_____		

<b>Sozialvers.-/IV-Nummer</b>	756 . ____ . ____ . ____ . ____
-------------------------------	---------------------------------

<b>Genauere Bezeichnung der Beeinträchtigung</b>	_____
	_____
	<i>Bitte genaue Diagnose angeben. (Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können)</i>
<b>Grad Beeinträchtigung</b>	
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

<b>Gesundheit</b>	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- /Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben
	Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben!!!	
	_____	
	_____	

<input type="checkbox"/> <b>Hörbeeinträchtigung</b> Rechtes Ohr Linkes Ohr Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> Hörgerät/e	<input type="checkbox"/> Gebärden	<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> <b>Sprachbeeinträchtigung</b> Hilfsmittel	<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: _____	
<input type="checkbox"/> <b>Sehbeeinträchtigung</b> Rechtes Auge Linkes Auge Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> andere: _____
<input type="checkbox"/> <b>Atembeschwerden/ Asthma</b>	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
	Welche/wann treten sie auf?		
<input type="checkbox"/> <b>Inkontinenz</b>	An welcher Form von Inkontinenz leiden Sie (bitte genau beschreiben)?		
	_____		
	_____		
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Allergien</b>	An welchen Allergien (ohne Essen/Medikamente) leiden Sie?		
	_____		
	_____		
<b>Weiteres</b>	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
	<input type="checkbox"/> Ich neige zu Verstopfung	<input type="checkbox"/> Ich neige zu Durchfall	
	Auslöser? Was hilft?		
	_____		
	_____		
	<input type="checkbox"/> Ich leide an Schlafstörungen		
	Auslöser? Was hilft?		
	_____		
	<input type="checkbox"/> Ich bin gegen Starrkrampf geimpft, Impfdatum:		
	_____		
<b>Andere Einschränkungen</b>	<i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i>		
	<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 besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde. Welche? <hr/> Was hilft? <hr/>																								
<b>Suchtprobleme</b> Art/Beschreibung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte benennen Sie die Sucht. Wie ist damit umzugehen (Verbot, kontrollierte Abgabe etc.) <hr/> <hr/>																								
Behandlung	<input type="checkbox"/> Ich bin/war in psychologischer Behandlung <input type="checkbox"/> Ich bin/war in psychiatrischer Behandlung																								
Fachperson	Name _____ Tel. _____ <hr/> Die Lagerleitung wird gebeten, mit der Fachperson Kontakt aufzunehmen.																								
<b>Sexualität / Neigungen</b>	Sind Auffälligkeiten vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> Wenn ja, wie zeigt sich das? <hr/> <hr/>																								
	Ist Schwangerschaftsverhütung geregelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																								
<b>Allgemeine Hilfsmittel</b>	Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Zahnprothesen Andere? _____																								
<b>Medikation</b>  <b>Bitte genau auflisten oder Medikationsplan beilegen!</b>	<input type="checkbox"/> Nimmt keine Medikamente ein <input type="checkbox"/> Nimmt Medikamente ein <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Name</th> <th style="width: 20%;">Morgens (Menge)</th> <th style="width: 20%;">Mittags (Menge)</th> <th style="width: 30%;">Abends (Menge)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	Abends (Menge)																				
Name	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	Abends (Menge)																						
<b>Reservemedikation</b> bei Schmerzen, Unruhe und psychischen Belastungen usw. Sie tragen die Verantwortung dafür, dass die Medikamentenabgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann.	<input type="checkbox"/> Benötigt 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																								
<b>Medikamente müssen in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein.</b>  Vergessen Sie nicht die Beipackzettel mitzunehmen. Zudem muss die mitgenommene Menge für die ganze Feriendauer reichen!	<b>Rezeptfreie Medikamente</b> dürfen ohne Rücksprache durch die Leitung verabreicht werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <hr/> So geht die Einnahme für mich am einfachsten: <hr/>																								

<b>Medikamenten- Unverträglichkeit</b>	Name Medikament/Wirkstoff		
<b>Wechselwirkungen?</b>			
<b>Unterstützung und Betreuung</b>	<b>Einstufung der Unterstützungsleistungen</b>		
	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> max. 2h pro Tag <input type="checkbox"/> max. 4h pro Tag <input type="checkbox"/> Tagesunterstützung Ich benötige Einzelbetreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilweise in folgenden Situationen:		
<b>Allgemeine Fragen</b>			
	Ich brauche Pflege in der Nacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welche		
<p style="color: red; text-align: center;"><b>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.</b></p>			
Ich bevorzuge als Betreuungsperson <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> egal			
Ich brauche einen Mittagsschlaf <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ich kann mich selbständig ankleiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich kann mich allein ausziehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich gehe selbständig zu Bett <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich wasche mich selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich dusche selbständig <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 selbständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich gehe selbständig zur Toilette <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ich rasiere mich allein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung			
Ich wähle selbständig 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			
Ich schnarche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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?			

<b>Unterkunft/Zimmer</b>	<p><b>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.</b></p> <p>Ich brauche <b>zwingend</b> ein Einzelzimmer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, was ist der Grund? _____</p> <hr/> <p>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</p>
<b>Essen</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin Vegetarier/in <input type="checkbox"/> Ich benötige Diät (Diätplan beilegen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ich muss auf die Essensmenge achten <input type="checkbox"/> Ich trinke Kaffee, max Tassen pro Tag:____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen <input type="checkbox"/> Magensonde</p> <p><input type="checkbox"/> Ich trinke Alkohol, Mengenangabe/Tag _____</p> <p>Spezielle Hilfsmittel/weitere Besonderheiten _____</p> <hr/> <p><b>Lebensmittel-unverträglichkeiten</b></p> <p><b>Was darf ich nicht essen und trinken</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>Taschengeld</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich kann mit Geld umgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet</p>
<b>Mobilität</b>	<p>Ich benutze die Verkehrsmittel selbstständig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ich kann mich allein orientieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Mir wird schlecht beim <input type="checkbox"/> Auto/Bus fahren <input type="checkbox"/> Seilbahn fahren  <input type="checkbox"/> Schiff fahren</p>
<b>Abonnemente</b>	<p>Ich besitze</p> <p>eine SBB-Begleitabo (Begleitkarte) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>einen IV-Ausweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>ein Halbtax-Abonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>ein Generalabonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Wenn vorhanden, unbedingt in die Ferienwoche/n mitnehmen!</b></p>
<b>Sport/Bewegung</b>	<p><b>Für Fussgänger*innen</b></p> <p><input type="checkbox"/> ich kann kurze Distanzen gehen (bis _____ Stunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ich kann lange Distanzen gehen (bis _____ Stunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ich benötige Hilfsmittel für Ausflüge, welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> ich gehe nicht gerne</p> <p><input type="checkbox"/> Aktivferien (Wandern, Lamatrekking): ich kann bis zu 4-5 Stunden gehen/marschieren</p>

**Für Rollstuhlfahrer\*innen**

Ich kann

- Gehen                       Stehen                       Treppen steigen  
 Im Autositz reisen        Nur im Rollstuhl reisen    Beim Transfer mithelfen

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 \_\_\_\_\_ Breite cm \_\_\_\_\_ Höhe in cm \_\_\_\_\_

Breite gefaltet in cm \_\_\_\_\_

Gewicht in kg \_\_\_\_\_ Rollstuhl-Typ/-Marke \_\_\_\_\_

Nackenkstütze vorhanden    ja                               nein

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

**Welche besonderen  
Stärken, Hobbys,  
Fähigkeiten haben Sie**

**Charakterisierung  
Eigenheiten, wichtige  
Merkmale, Verhalten,  
spezielle Gewohnheiten,  
(z.B. Einschlafritual)**

**Allfällige 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

**Kontaktperson für  
Rückfragen u. allfälliger  
Terminvereinbarung**

Name, Vorname

Telefonnummer

<b>Bestätigung Versicherungsabschluss</b>	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie <b>die obligatorischen Versicherungen</b> wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat-/Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. <b>Wir empfehlen</b> zudem den Abschluss einer <b>Annulationskosten- und Rückreiseversicherung</b> .
<b>Annulationskosten</b>	Wir erinnern Sie daran, dass Sie eine <b>verbindliche Anmeldung</b> gemacht haben. Eine Annullation muss schriftlich erfolgen. Erfolgt diese nach Erhalt der Bestätigung, wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 120.00 verrechnet. Bei kurzfristigen Annullationen (ab 60 Tagen vor Abreise) kommen Annulationskosten dazu. Die Bedingungen dazu sind in der Broschüre und auf unserer Homepage genauer beschrieben.
<b>Fotos und Filme</b>	Sie erlauben, dass Fotos und Filme, welche in den Ferien entstanden sind, von insieme Luzern <b>für die Öffentlichkeitsarbeit</b> verwendet werden dürfen. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.
<b>Datenschutz</b>	Unsere Datenschutzrichtlinien finden Sie unter folgendem Link: <a href="https://insieme-luzern.ch/ueber-uns/datenschutz/">https://insieme-luzern.ch/ueber-uns/datenschutz/</a> Sie haben unsere Datenschutzrichtlinien zur Kenntnis genommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen und akzeptieren Sie diese.
<b>Vereinsmitgliedschaft</b>	<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. Die Unterlagen für eine Mitgliedschaft werden Ihnen automatisch zugesandt. Der Jahresbeitrag beträgt CHF 80.00. <input type="checkbox"/> Ich habe die <b>Statuten</b> ( <a href="https://insieme-luzern.ch/ueber-uns/vereinsunterlagen/">https://insieme-luzern.ch/ueber-uns/vereinsunterlagen/</a> ) zur Kenntnis genommen.
<b>Buchung</b>	<input type="checkbox"/> Ich bestätige / meine gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten <b>Auskünfte genau und vollständig sind</b> . Änderungen werden umgehend insieme Luzern gemeldet. <input type="checkbox"/> Ich habe <b>keine gesetzliche Vertretung</b> und bin für diese Buchung unterschriftsberechtigt. <input type="checkbox"/> Ich <b>habe eine gesetzliche Vertretung</b> . Bei Teilnehmenden mit einer gesetzlichen Vertretung ist die Anmeldung erst dann rechtsgültig, wenn die schriftliche Zustimmung der gesetzlichen Vertretung vorliegt.
<b>Unterschriften</b>  <b>Datum</b>  <b>Unterschrift</b> <small>Handschriftlich unterschreiben oder eingescannte Unterschrift einfügen:</small>	<b>Feriengast</b>  _____  * Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert. <b>Unterschriftsberechtigte Person (Eltern oder gesetzliche Vertretung)</b>  <b>Name, Vorname</b> _____ <b>Funktion</b> _____ <b>Datum</b> _____ <b>Unterschrift</b> <small>Handschriftlich unterschreiben oder eingescannte Unterschrift einfügen:</small>
	* Sollte keine eingescannte Unterschrift vorhanden sein, wird auch der eingetippte Vor- und Nachname akzeptiert.