

Anmeldung Celerina Winterwoche 2026

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung.

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.**

Für die Teilnahme ist eine **körperlich, psychisch und emotional stabile Verfassung Voraussetzung**. Bei falschen oder ungenügenden Angaben behalten wir uns einen Ferienausschluss oder -abbruch vor. In diesem Zusammenhang anfallende Mehrkosten werden weiter verrechnet.

Die Durchführung der Ferienwoche setzt genügend Anmeldungen sowie ein komplettes Betreuungsteam voraus.

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

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

Name / Vorname:	
------------------------	--

Es kann pro Jahr und Person EIN Ferienplatz gebucht werden. Eine zusätzliche Teilnahme bei den übrigen Ferienwochen ist nur möglich, sofern es nach Anmeldeschluss noch freie Plätze hat.

Ferienwoche:	Celerina Winterwoche	Datum: 03.01. - 10.01.2026
Sportart:	<input type="checkbox"/> Alpin / Snowboard	<input type="checkbox"/> Winterwandern
	<input type="checkbox"/> Mietmaterial benötigt	<input type="checkbox"/> Langlauf
Nur für Langlauf:	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	<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. _____. _____. ____.

Genauere 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 Körpergrösse _____ Körpergewicht _____

Epilepsie

Typ "Grand mal" Typ "Petit mal"

Datum letzter Anfall _____

Übliche Frequenz der Anfälle _____

Symptome vor Anfall _____

Symptome bei einem Anfall _____

Angepasstes Verhalten _____

Diabetes

Insulispitze nötig Insulispitze nicht nötig

spezielle Hinweise _____

Herz- / Kreislaufkrankungen

nein ja, bitte genaue Erkrankung unten angeben

Bitte genaue Beschwerden und Krankheitsbilder angeben!

Hörbeeinträchtigung

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

Sprachbeeinträchtigung

Hilfsmittel leicht mittel schwer
 Tablet Talker Gebärdensprache
 Piktogramme andere: _____

Sehbeeinträchtigung

Rechtes Auge leicht mittel schwer
Linkes Auge leicht mittel schwer
Hilfsmittel Brille Kontaktlinsen andere: _____

Atembeschwerden / Asthma

leicht mittel schwer
Welche / wann treten sie auf? _____

Inkontinenz

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

Allgemeine Allergien

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

Weiteres

Ich neige zu Verstopfung Ich neige zu Durchfall
Auslöser? Was hilft? _____

Ich leide unter Schlafstörungen
Auslöser? Was hilft? _____

Ich bin gegen Starrkrampf geimpft Impfdatum: _____

Andere Einschränkungen

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

Ja

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 _____

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.

Sexualität / Neigungen

Sind Auffälligkeiten vorhanden?

Ja

nein

wenn ja, wie zeigt sich das? _____

Ist die Schwangerschaftsverhütung geregelt?

Ja

nein

Allgemeine Hilfsmittel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ergänzen

Brille

Hörgerät

Schuheinlagen

Zahnprothese

Andere: _____

Fixmedikation

Ich nehme keine Medikamente ein

Ich nehme Medikamente ein

**Bitte genau auflisten
oder Medikamenten-
plan beilegen!**

Name _____

Morgens (Menge) _____

Mittags (Menge) _____

Abends (Menge) _____

Reservemedikation

bei Schmerzen, Unruhe,
psychischen Belastungen
usw.

Sie tragen die
Verantwortung dafür,
dass die
Medikamentenabgabe
vor Ort durch Laien
erfolgen kann.

**Medikamente müssen in
Tagesdosen vorbereitet
und angeschrieben sein.**
Vergessen Sie nicht die
Beipackzettel
mitzunehmen. **Zudem
muss die Menge für die
ganze Feriendauer
reichen!**

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- Unverträglichkeit	Name Medikament / Wirkstoff

Wechselwirkungen?	_____

Unterstützung und Betreuung	Einstufung der Unterstützungsleistungen		
	<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:	_____	

Nacht	Ich brauche Pflege in der Nacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, welche?	_____	
	Wie häufig?	_____	Uhrzeiten? _____
	Grundsätzlich können wir während der Nacht KEINE Assistenz oder Kontrollgänge anbieten. Falls oben mit ja angekreuzt wurde, nehmen wir mit Ihnen Kontakt auf.		

Allgemeine Fragen	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 alleine 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	<input type="checkbox"/> mit Anleitung
	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:	_____	

Unterkunft / Zimmer	Einzelzimmer sind nur für einzelne Ferienangebote buchbar. Bitte beachten Sie die Unterkunftsart in der Broschüre. Benötigt ein/e Teilnehmer*in 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
Essen / Trinken	<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"/> Kaffee: max. Tassen pro Tag: _____	
	<input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen	<input type="checkbox"/> Magensonde _____	
	<input type="checkbox"/> Ich darf Alkohol trinken, max. Menge/Tag:	_____	
	Spezielle Hilfsmittel / weitere Besonderheiten:	_____	
Lebensmittelunverträglichkeiten und -allergien	<input type="checkbox"/> Lebensmittel allergien : _____		
	<input type="checkbox"/> Lebensmittel unverträglichkeiten : _____		
	Bemerkungen: _____		
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	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	Ich kann mich alleine orientieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mir wird schlecht beim	<input type="checkbox"/> Auto/Bus fahren	<input type="checkbox"/> Schiff fahren
		<input type="checkbox"/> Seilbahn fahren	
Abonnemente	Ich besitze:		
	ein SBB Begleitabo	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	einen IV-Ausweis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
	ein Haltbax-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!			
Sport / Bewegung	Für Fussgänger*innen		
	<input type="checkbox"/> Ich kann kurze Distanzen gehen (bis _____ Stunden)		
	<input type="checkbox"/> Ich kann lange Distanzen gehen (bis _____ Stunden)		
	<input type="checkbox"/> Ich benötige folgende Hilfsmittel für Ausflüge: _____		
	<input type="checkbox"/> Ich gehe nicht gerne		
	<input type="checkbox"/> Aktivferien (Wandern, Lamatrekking): ich kann <u>bis zu 4-5 Stunden</u> gehen/marschieren		
	Bemerkungen: _____		

Für Rollstuhlfahrer*innen

Ich kann

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

Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen

- immer
- teilweise
- unterstützt durch Motor

Ich kann den Rollstuhl selber fahren

- ja
- nein
- teilweise

Ich besitze einen

- Elektrorollstuhl
- Handrollstuhl
- Handrollstuhl **faltbar**

Rollstuhlmasse

Länge in cm _____ Breite in cm _____ Höhe in cm _____

Gewicht in kg _____ Breite gefaltet in cm _____

Rollstuhl-Typ / -Marke _____

Nackensstütze vorhanden ja nein

Bemerkungen / zus. Hilfsmittel wie Rollator, Swisstrac, Fixiergurte etc. (inkl. Masse / Gewicht)

Welche besonderen Stärken, Hobbies, 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 _____

Bestätigung Versicherungsabschluss	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die obligatorischen Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat-/Haftpflichtversicherung 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/ Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie unsere Datenschutzrichtlinien.
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 unterschriftsberechtigt <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 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.