

Anmeldung Ferienreisen 2024

Bitte legen Sie dieser Anmeldung unbedingt ein aktuelles Foto des / der Teilnehmer*in bei.

| | | | | | | |
|--|------------------------|---------------------|-----------------|----|------|---|
| Name des/der Teilnehmer*in | Nachname | Vorname | | | | |
| geboren am | | | | | | |
| Anschrift | Straße PLZ, Wohnort | | | | | |
| Telefonnummer | Festnetz privat | | Mobil | | | |
| E-Mail | | | | | | |
| Name des/der Sorgeberechtigten/ gesetzlichen Betreuung | | | | | | |
| Erreichbarkeit während der Reise | | | | | | |
| Sind Sie Mitglied im Elternverein bei Leben mit Behinderung Hamburg? | | | | | | |
| Nehmen Sie Leistungen einer Familienhilfe in Anspruch? (z.B. HfbK/FA, FED) (bitte Name, Telefon + Emailadresse angeben) | | | | | | |
| Anzahl der Teilnahmen an einer Ferienreise bei Leben mit Behinderung Hamburg | | | | | | |
| Falls der/die Teilnehmer*in zusammen mit einem*r Freund*in verreisen möchte, tragen Sie bitte nachfolgend den entsprechenden Namen ein. Ihr Wunsch wird -soweit es möglich ist- Berücksichtigung finden | | | | | | |
| | | | | | | |
| Name der Kranken- oder Pflegekasse | | | Mitgliedsnummer | | | |
| Adresse der Kranken- oder Pflegekasse | | | | | | |
| Welchen Pflegegrad hat der/die Teilnehmer*in | keine Einstufung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| GdB lt. Schwerbehindertenausweis | Merkzeichen | Wertmarke vorhanden | | ja | nein | |
| Geschäftsnummer des Schwerbehindertenausweises (für evtl. Kurabgabe im Ferienort) | | | | | | |

Um uns weitere, ausführlichere Informationen zukommen zu lassen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Leben mit Behinderung Hamburg
Sozialeinrichtungen Gemeinnützige GmbH
Ferienreisen
Tel.: 040. 270 790 944
E-Mail: ferienreisen@lmbhh.de

Gewünschte Reisezeit: (Bitte 1. Wunsch mit 1. und Alternativen mit 2., 3. usw. angeben.)

| | |
|--|-------------------------------|
| | Mehrere Reisen im Jahr |
|--|-------------------------------|

| | Frühjahr | von | bis | Tage |
|--------------------------|--|----------------|----------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Haus am Paschberg 1 / Ein Urlaub mitten im Wald | Mo. 18.03.2024 | Do. 28.03.2024 | 11 |
| | Schnupperwochenende | | | |
| <input type="checkbox"/> | Haus Hannah 1 / Schnupperwochenende | Fr. 26.04.2024 | So. 28.04.2024 | 3 |
| | Sommer | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ginsterhof 1 / Wo der Strand vor der Haustür liegt... | Do. 18.07.2024 | Do. 01.08.2024 | 15 |
| <input type="checkbox"/> | Hof am Klint / Ferienhof für Abenteurer | So. 28.07.2024 | Mo. 05.08.2024 | 9 |
| <input type="checkbox"/> | Haus Hannah 2 / Ein Ferienhaus am See | Mi. 31.07.2024 | Fr. 08.08.2024 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | Brahmsee / Zeit für Abenteurer! | Mi. 14.08.2024 | Mi. 28.08.2024 | 15 |
| <input type="checkbox"/> | Seminarhaus Klingberg / Spiel und Spaß am Ostseestrand | Sa. 17.08.2024 | Mo. 26.08.2024 | 10 |
| | Nach den Sommerferien | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ginsterhof 2 / Inselurlaub – Abschalten und Wohlfühlen | Do. 29.08.2024 | Do. 12.09.2024 | 15 |
| | Herbst | | | |
| <input type="checkbox"/> | Haus am Paschberg 2 / Urlaub im bunten Blättermeer | Sa. 19.10.2024 | Sa. 02.11.2024 | 15 |
| | Schnupperwochenende | | | |
| <input type="checkbox"/> | Haus Hannah 3 / Schnupperwochenende | Fr. 29.11.2024 | So. 01.12.2024 | 3 |
| | Silvester | | | |
| <input type="checkbox"/> | Haus am Paschberg 3 / Happy New Year, Miss Sophie! | Fr. 29.12.2024 | Mi. 03.01.2025 | 6 |

| |
|--|
| Angaben zum / zur Teilnehmer*in |
| Genauere Bezeichnung und/oder Beschreibung der Behinderung: |
| |

| | | | | |
|--------------------|-----------------|------------|-------|-------|
| Sehvermögen | uneingeschränkt | mit Brille | wenig | blind |
|--------------------|-----------------|------------|-------|-------|

| Kommunikation | | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
|--------------------------------------|----------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Kann der/die Teilnehmer*in sprechen? | | uneingeschränkt | | wenig | gar nicht |
| Hilfsmittel | Talker | Bildkarten | Gebärden | | keine |
| Kann der/die Teilnehmer*in hören? | | uneingeschränkt | | wenig | gar nicht |
| Hilfsmittel | Hörgerät | Bildkarten | Gebärden | | keine |

| Fortbewegung | | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
|--|-----------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Hilfsmittel | Rollstuhl | Karre | Rollator | Fahrrad | keine |
| Kann der/die Teilnehmer*in selbständig sitzen? | | | | ja | nein |
| Kann der/die Teilnehmer*in selbständig stehen? | | | | ja | nein |

| Lagerung | | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
|--|-----------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Hilfsmittel | Lagerungskissen | | Sitzkissen | | keine |
| Muss tagsüber/nachts auf Besonderheiten beim Lagern geachtet werden? | | | | ja | nein |
| | | | | | |

| Ernährung | | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
|------------------|----------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Hilfsmittel | Spezialbesteck | Strohalm | | Sonde | keine |

| |
|--|
| Gibt es hilfreiche Tipps zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme? |
| |

| | | | |
|---|-------------------------|------|-------------|
| Wie soll die Nahrung zubereitet sein? | | | |
| Normalkost | zerkleinerte Normalkost | Brei | Spezialkost |
| Welche Nahrungsmittel isst er/sie besonders gern? | | | |
| | | | |
| Welche isst er/sie nicht gern? | | | |
| | | | |
| Gibt es Besonderheiten beim Trinken? | | | |
| Nur bei volljährigen Teilnehmer*innen: | | | |
| Darf der/die Teilnehmer*in Alkohol trinken? | | ja | nein |
| Wenn ja was und wieviel. | | | |

| |
|--|
| Unverträglichkeiten/ Allergien |
| Hat der/die Teilnehmer*in Allergien, Lebensmittel- oder Medikamentenunverträglichkeiten? |

| | | |
|---|----|------|
| Epilepsie | ja | nein |
| Beschreibung des Anfallsverlaufs/ Begleitung/ Notfallhilfe bitte auf einem Extrablatt | | |

| | | |
|--------------------------|----|------|
| Behandlungspflege | ja | nein |
| Wenn ja, welche? | | |

| | | | | |
|--|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Medikamente | | | | |
| Nimmt der/die Teilnehmer*in Medikamente? | | ja | nein | |
| Einnahme der Medikamente | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
| | | | | |

| | | | | |
|--|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Körperpflege/Grundpflege | | | | |
| Der/die Teilnehmer*in pflegt sich | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
| Beschreibung der Hilfestellungen bei der Körperpflege: | | | | |
| | | | | |

| Toilettengang | | | | | |
|---|---------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Der/die Teilnehmer*in geht zur Toilette | | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
| Hilfsmittel | Toilettensitz | Toilettenstuhl | Katheder | | keine |
| Trägt der/die Teilnehmer*in Inkontinenzhilfsmittel? | | | nein | tagsüber | nachts |
| Meldet sich der/die Teilnehmer*in, wenn er/sie auf die Toilette muss? | | | ja | | nein |
| Gibt es Probleme mit dem Stuhlgang? | | | ja | | nein |
| Beschreibung der Hilfestellungen beim Toilettengang: | | | | | |
| | | | | | |

| Spielen und Beschäftigung | | | | |
|--|---------------------|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Der/die Teilnehmer*in beschäftigt sich | eigenständig | mit kleiner Hilfestellung | mit teilweiser Unterstützung | mit voller Unterstützung |
| Womit spielt und beschäftigt sich er/sie am liebsten? Hat er/sie besondere Interessen? | | | | |
| | | | | |

| Orientierung und Gefahrenbewusstsein | | |
|---|------------------|-------------------|
| Ist der/die Teilnehmer*in verkehrssicher? | ja | nein |
| Läuft der/die Teilnehmer*in von zu Hause/aus der Einrichtung weg? | ja | nein |
| Beschreiben Sie bitte das Weglaufverhalten: | | |
| Kann der/die Teilnehmer*in schwimmen? | | nein |
| ja | ohne Hilfsmittel | mit Hilfsmitteln: |

| Betreuungsbedarf | | |
|---|-----------------------|---------------------------------------|
| Ist der/die Teilnehmer*in hyperaktiv? | ja | nein |
| Zeigt der/die Teilnehmer*in herausforderndes Verhalten? | ja | nein |
| Neigt der/die Teilnehmer*in zu Aggressionen? | | |
| nein | ja, gegen sich selbst | ja, gegen andere Personen/Gegenstände |

Bitte beschreiben Sie kurz besonders stark ausgeprägte Verhaltensweisen/ Angewohnheiten/ Auffälligkeiten des / der Teilnehmer*in (z.B. Trennungsängste, Sexualität, o.ä.)

Nächtliche Betreuung

Hat Ihr Kind / Angehöriger einen nächtlichen Hilfebedarf? Wenn ja, beschreiben Sie diesen.

Beförderung mit Bussen von Leben mit Behinderung Hamburg

| | | |
|---|----|------|
| Muss er/sie während der Fahrt im Rollstuhl sitzenbleiben? | ja | nein |
| Benötigt er/sie einen Spezielsitz (Kindersitz)? | ja | nein |

Wenn ja, bitte diesen Sitz zur Ferienreise mitgeben. (Kinder unter 12 Jahren und bis 150 cm benötigen in jedem Fall einen Kindersitz, bitte mitgeben.)

Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel werden benötigt und mitgegeben bzw. zum Ferienort gebracht?

| | | | | | |
|------------|--------|------------|----------------|--|--|
| Rollstuhl | Karre | Rollator | Gehhilfen | | |
| Pflegebett | Lifter | Duschstuhl | Toilettenstuhl | | |

Dieser Anmeldebogen enthält sehr viele sensible Informationen über Ihr Kind / Ihren Angehörigen. Damit wir mit diesen Informationen arbeiten können, brauchen wir Ihre Einwilligung.

Ich bin damit einverstanden, dass die auf diesem Anmeldebogen eingetragenen Daten für die Organisation der Ferienreise und für Vorbereitungszwecke gespeichert und genutzt sowie an die Betreuungspersonen übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über mein Kind/ meinen Angehörigen nach der Reise an Mitarbeitende in anderen Einrichtungen von Leben mit Behinderung Hamburg weitergegeben werden (z.B. Hort), sollte dies für die Verbesserung der Betreuung meines Kindes/ Angehörigen erforderlich sein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin mir bewusst, dass bei einem Widerruf mein Kind / Angehöriger möglicherweise auf der Reise nicht ideal betreut werden kann, weil wichtige Informationen für die Betreuung nicht verfügbar sind.

Ort, Datum

Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten oder der gesetzlichen Betreuung