

Anmeldung Ferienreisen 2025

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

Name des/der Teilnehmer*in	Vorname			Nachname		
Geburtsdatum	Geschlecht					
Anschrift	Straße, Hausnr. PLZ, Wohnort					
Ansprechperson(en)						
Name	Telefon / Mobilnr.	E-Mail	Beziehung (z.B. Sorgeberechtigte, EZB, gesetzl. Betreuung)			
Krankenkasse						
Name der Krankenkasse		Versicherungsart	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat		
Mitgliedsnummer						
Adresse der Krankenkasse						
Welchen Pflegegrad hat der/die Teilnehmer*in <input type="checkbox"/> keine Einstufung <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
Schwerbehindertenausweis						
Merkzeichen	GdB lt. Schwerbehindertenausweis					
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.: 040 270 790 945
E-Mail: ferienreisen@lmbhh.de

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

	Frühjahr	von	bis	Tage
<input type="checkbox"/>	Haus am Paschberg 1 / Ein Urlaub mitten im Wald	Fr. 14.03.2025	Fr. 21.03.2025	8
	Schnupperwochenende			
<input type="checkbox"/>	Haus Hannah 1 / Schnupperwochenende	Fr. 25.04.2025	So. 27.04.2025	3
	Sommer			
<input type="checkbox"/>	Ginsterhof 1 / Wo der Strand vor der Haustür liegt...	Do. 24.07.2025	Do. 07.08.2025	15
<input type="checkbox"/>	Brahmsee / Zeit für Abenteuer!	Mo. 28.07.2025	Mo. 11.08.2025	15
<input type="checkbox"/>	Sterntal / Zwischen ländlicher Idylle und Metropolregion	Fr. 01.08.2025	Fr. 15.08.2025	15
<input type="checkbox"/>	Haus Hannah 2 / Ein Ferienhaus am See	Mo. 18.08.2025	Di. 26.08.2025	9
<input type="checkbox"/>	Seminarhaus Klingberg / Spiel und Spaß am Ostseestrand	Sa. 23.08.2025	Di. 02.09.2025	11
	Nach den (Hamburger) Sommerferien			
<input type="checkbox"/>	Ginsterhof 2 / Inselurlaub – Abschalten und Wohlfühlen	Do. 04.09.2025	Do. 18.09.2025	15
	Herbst			
<input type="checkbox"/>	Haus am Paschberg 2 / Urlaub im bunten Blättermeer	Sa. 18.10.2025	Mo. 27.10.2025	10
	Schnupperwochenende			
<input type="checkbox"/>	Haus Hannah 3 / Schnupperwochenende	Fr. 28.11.2025	So. 30.11.2025	3
	Silvester			
<input type="checkbox"/>	Haus am Paschberg 3 / Happy New Year, Miss Sophie!	Mo. 29.12.2025	Sa. 03.01.2026	6

<input type="checkbox"/>	Mehrere Reisen im Jahr
--------------------------	-------------------------------

Falls der/die Teilnehmer*in zusammen mit einem Freund/einer Freundin verreisen möchte, tragen Sie bitte nachfolgend den entsprechenden Namen ein. Der Wunsch wird - soweit es möglich ist - berücksichtigt.

--

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

--

Sehvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> mit Brille	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> blind
Hörvermögen	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> gehörlos

Kommunikation	<input type="checkbox"/> eigenständig	<input type="checkbox"/> mit kleiner Hilfestellung	<input type="checkbox"/> mit teilweiser Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung
Welche Besonderheiten gibt es in Bezug auf die Kommunikation?				
Hilfsmittel zur Kommunikation	<input type="checkbox"/> Talker		<input type="checkbox"/> Gebärden	<input type="checkbox"/> Symbolbuch
	<input type="checkbox"/> Tablet		<input type="checkbox"/> Bildkarten	<input type="checkbox"/>

Fortbewegung	<input type="checkbox"/> eigenständig	<input type="checkbox"/> mit kleiner Hilfestellung	<input type="checkbox"/> mit teilweiser Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung
Welche Besonderheiten gibt es in Bezug auf die Fortbewegung?				
Kann der/die Teilnehmer*in selbständig sitzen?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kann der/die Teilnehmer*in selbständig stehen?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel zur Fortbewegung	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Karre	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Fahrrad
				<input type="checkbox"/>

Lagerung	<input type="checkbox"/> eigenständig	<input type="checkbox"/> mit kleiner Hilfestellung	<input type="checkbox"/> mit teilweiser Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung
Muss tagsüber/nachts auf Besonderheiten beim Lagern geachtet werden?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Lagerungskissen		<input type="checkbox"/> Sitzkissen	<input type="checkbox"/>

Ernährung	<input type="checkbox"/> eigenständig	<input type="checkbox"/> mit kleiner Hilfestellung	<input type="checkbox"/> mit teilweiser Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit voller Unterstützung
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Spezialbesteck	<input type="checkbox"/> Sonde	<input type="checkbox"/> Strohhalm	<input type="checkbox"/> Trinkbecher
				<input type="checkbox"/>

Gibt es hilfreiche Tipps zur Unterstützung bei der **Nahrungsaufnahme**?

Gibt es Besonderheiten beim **Trinken**?

Wie soll die Nahrung zubereitet sein?

Normalkost zerkleinerte Normalkost Brei Spezialkost

Welche Nahrungsmittel isst er/sie besonders gern?

Welche isst er/sie nicht gern?

Unverträglichkeiten/ Allergien

Hat der/die Teilnehmer*in **Unverträglichkeiten** ggü. Lebensmitteln?

Hat der/die Teilnehmer*in **Allergien** ggü. Lebensmitteln, Medikamenten oder etwas Anderem?

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

Bitte beschreiben Sie Besonderheiten beim Toilettengang:

Meldet sich der/die Teilnehmer*in, wenn er/sie auf die Toilette muss?

ja

nein

Hilfsmittel

Toilettensitz

Toilettenstuhl

Katheder

Trägt der/die Teilnehmer*in Inkontinenzhilfsmittel?

nein

tagsüber

nachts

Gibt es Probleme beim Stuhlgang?

ja

nein

Sofern es Probleme beim Stuhlgang gibt: Welche Besonderheiten sind zu beachten?

Spiele 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

Kann der/die Teilnehmer*in schwimmen?

ja

nein

Werden zum Schwimmen Hilfsmittel benötigt?

ja

nein

Wenn ja, welche?

Läuft der/die Teilnehmer*in von zu Hause/aus der Einrichtung weg?

ja

nein

Beschreiben Sie bitte die Hin- bzw. Weglauftendenzen:

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 andere
Personen/Gegenstände

ja, gegen sich
selbst

Bitte beschreiben Sie, wie dieses Verhalten ausgelöst wird. Wie kann man den/die Teilnehmer*in in diesem Fall bestmöglich unterstützen? Welche Strategien gibt es?

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

Nächtliche Betreuung

Benötigt der/die Teilnehmer*in nächtliche Betreuung?

ja

nein

Sofern ein nächtlicher Hilfebedarf vorliegt, beschreiben Sie diesen bitte.

Wann geht der/die Teilnehmer*in ins Bett?

Wann steht der/die Teilnehmer*in auf?

Hilfsmittel

Mitgegebene Hilfsmittel (z.B. zur Fortbewegung / Pflege / Lagerung / Ernährung)

Benötigte Hilfsmittel (für die Bereitstellung durch LmB wird ggf. eine **Verschreibung** des Hilfsmittels benötigt)

Lifter

Pflegebett

Duschstuhl

Beförderung mit Bussen von Leben mit Behinderung Hamburg

Muss er/sie während der Fahrt im Rollstuhl sitzenbleiben?

ja

nein

Benötigt er/sie einen Speziarsitz (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.)

Nur bei volljährigen Teilnehmer*innen:

Darf der/die Teilnehmer*in Alkohol trinken?

ja

nein

Wenn ja, was und wieviel:

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