

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
Laura Frenker-Hackfort
Tel.: 040. 270 790 944
E-Mail: laura.frenker-hackfort@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