

Anmeldeformular – Betreute Ferien

Feriengast - Personalien		1. Bezugsperson (zuständig für Anmeldung)	
Name	Institution	Name	
Vorname	Geburts-Datum	Vorname	
Adresse	AHV Nr.	Adresse	
	Krankenkasse		
Telefon	Diagnose	Telefon	
Handy		Handy	
E-Mail		E-Mail	

2. Bezugsperson während Aufenthalt (falls obige nicht erreichbar)	Rechnungsadresse (gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin)	Hausarzt/Hausärztin
Name	Name	Name
Vorname	Vorname	Vorname
Telefon	Adresse	Adresse
Handy		
E-Mail	Telefon	Telefon
verwandtschaftliche Beziehungen	E-Mail	E-Mail

Ferienaufenthalt		
Aufenthaltsdauer	von	bis
Betreuungsart	<input type="checkbox"/> Tagesbetreuung ¹	Basisbetreuung ²
Zimmerart	<input type="checkbox"/> Einerzimmer	<input type="checkbox"/> Zweierzimmer

<input type="checkbox"/> Begleitkarte	<input type="checkbox"/> 1/2 Tax-Abo	<input type="checkbox"/> General-Abo
Ferienfotos und Ferientagebuch der angemeldeten Person dürfen für Jahresbericht und Projektpräsentationen verwendet werden.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ferienfotos und Ferientagebuch der angemeldeten Person dürfen für Internetseite und Instagram verwendet werden.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rückmeldung erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und akzeptiere die Preise und AGB vom 1.1.2024	<input type="checkbox"/> Ja
Ort	
Datum	
Unterschrift	

Foto



Brigitte Schnetzler
Via Sura - 7554 Sent
Telefon 081 860 31 82
www.betreute-ferien.ch

1. Tagesbetreuung = Kost und Logis sowie komplettes Programm mit Ausflügen und Freizeitaktivitäten
2. Basisbetreuung = Kost und Logis sowie Beratung für Ausflüge und Freizeitgestaltung. (ohne Begleitung) Basisbetreuung bieten wir nur nach Absprache und erst ab dem 2. Ferienaufenthalt, wenn der Gast bereits bekannt ist, an.

Pflege, Betreuung und besondere Bedürfnisse

Ihre Angaben haben neben den wichtigen Informationen für den individuellen Pflegebedarf auch Konsequenzen für die Einplanung des Personals und die Berechnung der Tagespauschale. Ein Pflegepunkt (= z.B. (1) entspricht einem Preisaufschlag von Fr. 1.00. Auf Wunsch ist eine Zusammenarbeit mit Spitex und Krankenkasse möglich.

Bitte ergänzen oder präzisieren Sie die Angaben wo nötig. Versorgen Sie uns aber nur mit Informationsmaterial, welches für den Ferienaufenthalt relevant ist. (bitte keine mehrseitigen Kopien von Patientenakten!) Hilfreich sind zum Beispiel: Pflegeabläufe morgens / tagsüber / abends, Handhabung von Spezialprodukten, Lagerungsmaterial, (Reserve-) Medikamente, Notfallinformationen.

Art der Behinderung				
Epilepsie / Anfälle	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Häufigkeit und Art der Anfälle				
Notfallszenario	<input type="checkbox"/> wird beigelegt	Notfallmedikament	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Art der Kommunikation	<input type="checkbox"/> verbal	<input type="checkbox"/> nonverbal	<input type="checkbox"/> klar verständlich	<input type="checkbox"/> schwer verständlich
Unterstützt durch	<input type="checkbox"/> Gebärden	<input type="checkbox"/> Piktogramme	Anderes	

Essen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> muss eingeschränkt werden	<input type="checkbox"/> muss animiert werden
Trinken	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> muss eingeschränkt werden	<input type="checkbox"/> muss animiert werden
Bemerkung			
Allergien / Unverträglichkeiten			

Inkontinenz			
<input type="checkbox"/> einstuhlen <input type="checkbox"/> einnässen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> oft (3)	<input type="checkbox"/> selten (1)
Einlagen benötigt	<input type="checkbox"/> nur nachts (2)	<input type="checkbox"/> immer (3)	<input type="checkbox"/> selten (1)
Einlagen Handhabung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> durch Betreuung (3)	
Nässeschutz im Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> wird mitgebracht	<input type="checkbox"/> wird vor Ort benötigt (5)
Nässeschutz im Bett	<input type="checkbox"/> Matratze	<input type="checkbox"/> Duvet	<input type="checkbox"/> Kopfkissen
braucht Toilettenstuhl/ Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> wird mitgebracht	<input type="checkbox"/> wird vor Ort benötigt (16)

Art der Fortbewegung	<input type="checkbox"/> Fussgänger*in normal	<input type="checkbox"/> Fussgänger*in eingeschränkt (3)	<input type="checkbox"/> Rollator (3)
	<input type="checkbox"/> nur sehr langsam (2)	<input type="checkbox"/> nur kurze Distanz (2)	<input type="checkbox"/> mit Führung Arm / Hand (2)
Bei Mobilitätsbehinderten	<input type="checkbox"/> Rollstuhl faltbar ¹ (4)	<input type="checkbox"/> Rollstuhl nicht faltbar ¹ (4)	<input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl ² (5)
Körpergewicht	<input type="checkbox"/> Swisstrac (4)	<input type="checkbox"/> Rollstuhl mit Schiebehilfe	
Transfer in PW	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung (3)	<input type="checkbox"/> nicht möglich (5)
Transfer ins Bett	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung (3)	<input type="checkbox"/> braucht 2 Helfer:innen (5)

1. Rollstühle müssen mit Handgriffbremsen ausgerüstet und in gut gewartetem Zustand sein.
2. Elektrorollstühle können nur nach Absprache und zusammen mit einem Handrollstuhl mitgebracht werden. Es ist kein geeignetes Fahrzeug, für den Transport von Elektrorollstühlen vorhanden.


Körperpflege & Alltägliches

Damit wir den Aufwand für die individuelle Körperpflege und Betreuung besser abschätzen können, bitten wir Sie, die Zeit anzugeben, die eine Betreuungsperson pro Tag durchschnittlich einrechnen muss, um ohne Stress eine angemessene Pflegeleistung zu erbringen.

Morgenpflege in Minuten

Tagsüber, WC, Einlagen, Essen/Trinken eingeben

Abendpflege in Minuten

Grundpflege & Tägl. Bedürfnisse	selbstständig	muss erinnert werden	punktuelle Unterstützung	ständige Präsenz der Betreuer*in					
					sehr gut und begeistert	Gut und gern	nicht so gut nicht so gern	gar nicht gut gar nicht gern	nicht möglich
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (4)					
Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)					
duschen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (4)					
rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)					
eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)					
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)					
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)					
an/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)					
Stützstrümpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2-5)					
Wäsche wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)					
WC gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (5)					
Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (5)					
zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)					
aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)					
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (25-40)					
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (5-20)					
Medis einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)					
Anderes									
Mobilität & Freizeit									
Spaziergänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aufwärts gehen 1-2 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Abwärts gehen 1-2 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Wanderungen 2-5 Std.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trittsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sessellift fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gondelbahn fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Baden / Wasser nicht tief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Malen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Basteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
singen / musizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anderes									

Persönliches

Bitte beschreiben Sie uns hier kurz die wesentlichen Charakterzüge der Klientin/des Klienten. Temperament, Gemüt, Sozialverhalten, evtl. Mödeli und Tic's, Umgang mit Anleitung oder Zurechtweisung, Gewohnheiten, Rituale, Unverträglichkeiten, spezielle Risiken, Essgewohnheiten oder Bedürfnisse, bevorzugter Tag- und Nachtrhythmus, evtl. Nachtgewohnheiten, etc. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns auch unangenehmere oder störende Verhaltensweisen nicht verschweigen.