

Anlage 2: Reisen des ABC



Gerne können Sie dieses Formular auch am Computer ausfüllen.
Das Dokument finden Sie unter www.abcfreiburg.de

Der Bogen muss vollständig ausgefüllt sein und ist für eine Reise-Teilnahme unerlässlich!

Gültig für Kalenderjahr:

1. Angaben zur Person:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Wohngruppe: _____ Telefon: _____

2. bestehende Impfungen:

- Polio Diphtherie Pocken Tuberkulose
 FSME Tetanus Sonstige:

3. Medikamente:

Werden Medikamente selbständig eingenommen?

- JA JA, aber mit Erinnerung NEIN

Wichtig: sofern die Person eine **Dauermedikation** ärztlich verordnet hat, benötigen wir die Kopie eines **aktuellen und vollständigen Medikationsplan!**

Für **Bedarfsmedikation** bitte entsprechendes **Formular des ABC** ausfüllen & vom **Arzt abstempeln** lassen!

Hiermit bestätige ich, dass die Begleitpersonen des ABC der oben genannten Person für die Dauer der Reisetilnahme, die auf der Medikamenten-Verordnung bzw. dem Formular für Bedarfsmedikation aufgeführten Medikamente, verabreichen dürfen.

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

4. Hygiene:

	Selbständig	Aufforderung / Kontrolle	verbale Anleitung	benötigt Unterstützung
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruation/ Verhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sollten wir hierzu noch wissen: _____

Toilettengang

Was sollten wir hierzu noch wissen: _____

5. Ernährung

	Selbständig	braucht Unterstützung
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel werden genutzt? _____

Bestehen Unverträglichkeiten? _____

Gibt es medizinische Bedenken bei

Alkohol-Konsum JA NEIN

Tabak- Konsum JA NEIN

6. Sprache / Kommunikation

	Voll umfänglich	eingeschränkt	nonverbal
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Hilfsmittel werden ggf. genutzt? _____

Können eigene Bedürfnisse deutlich gemacht werden?

JA

nur an vertraute Personen

NEIN

7. Sozialverhalten

Was kann Stress auslösen? _____

Verhalten bei Stress:

aufbrausend

läuft weg

wird aggressiv
gegen sich selbst

wird aggressiv gegen
andere / Gegenstände

Was hilft der Person in solchen Situationen?

Verhalten in Gruppen:

kontaktfreudig/offen

eher schüchtern

integriert sich

zieht sich zurück

8. Weiteres Relevantes für die Reise

Ist nachts eine Versorgung notwendig?

JA

NEIN

Bei ja, inwiefern? Hilfsmittel? _____

Gibt es sonstige Besonderheiten beim Schlafverhalten? (z.B. gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, sehr frühe Aufstehzeit, ...)

JA

NEIN

Bei ja, bitte beschreiben: _____

Bestehen sonstige, für eine Reise relevante Besonderheiten?

- Herzschrittmacher Höhenangst
 Diabetes Angst/ nervös vor ungewohnter Umgebung
 Anderes: _____

Maximaler zeitlicher Rahmen für Spaziergänge/Wanderungen: _____

Lieblingsbeschäftigungen:

Was ist für das Begleitteam sonst noch wichtig?

Ein Kuvert, mit den wichtigsten persönlichen Unterlagen sollte folgendes enthalten:

- ✓ Personalausweis oder Reisepass
- ✓ Schwerbehinderten-Ausweis
- ✓ Krankenversicherungskarte
- ✓ Impfpass
- ✓ Taschengeld (in extra Umschlag mit Vermerk über die Höhe)
- ✓ Adressliste für Postkarten (falls gewünscht)

Kann das Taschengeld selbst verwaltet werden? JA NEIN

Dauer- Medikamente müssen entsprechend der Dosierung auf der ärztlichen Verordnung in Medikamentenboxen vorgeordnet sein. Bitte Reservemedikamente mitgeben.

Selbstauskunft zum Gesundheitszustand

Selbstauskunft für: _____

geboren am: _____

Reise: _____

Ich bestätige hiermit, dass die oben genannte Person zum Antritt der Reise keine Krankheitsanzeichen aufweist, die gegen eine Teilnahme an der obigen Reise sprechen.

Datum, Ort, Unterschrift: _____

Gesetzliche Vertretung/Sorgeberechtigte: _____

Alle Informationen dienen einer guten Begleitung und Pflege.

Diese sind wichtig, da die Begleitpersonen überwiegend ehrenamtliche Nichtfachkräfte sind und von Angebot zu Angebot wechseln.

Der Bogen muss sorgfältig und korrekt ausgefüllt werden. Sollten sich im Laufe des Jahres Veränderungen ergeben, sind Sie verpflichtet, uns diese sofort mitzuteilen, da ansonsten keine weiteren Haftungen vom Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche übernommen werden können.

Hiermit bestätigen Sie, dass alle Ihre Angaben der Wirklichkeit entsprechen, diese Anlage 2 Reisen beim Arbeitskreis Behinderte an der Christuskirche aufgehoben und für die Reisetilnahme an die Begleitpersonen weitergegeben werden darf.

Datum, Ort: _____ rechtsverbindliche Unterschrift: _____

Wir bestätigen, dass alle Ihre Angaben vertraulich behandelt werden und die Sammlung der Datenbasen den Bestimmungen des DSGVO entsprechen.