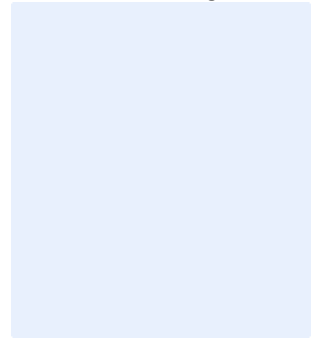


Anmeldung Ferienwoche

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung zu einem Ferienangebot von
insieme Baden-Wettingen.

Aktuelles Foto einfügen



- Anmeldefrist Winterferien: Mitte Januar
- Anmeldefrist Sommerferien: Ende Februar
- Anmeldefrist Herbstferien: Ende März

Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig und vollständig aus.

Gerne melde ich mich für folgende Ferienwoche an:

Name / Vorname	
----------------	--

Die Ferienwoche findet bei genügend Anmeldungen statt; eine Anmeldung garantiert daher noch keinen Platz. **Bitte priorisieren Sie Ihre Ferienwünsche und senden Sie pro Jahreszeit (Winter, Sommer, Herbst) ein separates Formular ein.** Die endgültige Zusage erfolgt nach Prüfung aller Anmeldungen unter Berücksichtigung der Kapazitäten und individuellen Bedürfnisse für eine optimale Betreuung.

Ferienwoche Prio 1	Datum:
Ferienwoche Prio 2	Datum:
Ferienwoche Prio 3	Datum:

Personalien Ferienteilnehmer/in	Name	Vorname
	Name der Institution (sofern wohnhaft in einer Institution)	
	Strasse	
	PLZ und Ort	
	Telefon	Handy
	Geburtsdatum	E-Mail

Rechnungsadresse	Name	Vorname
	Name der Institution	
	Strasse	
	PLZ und Ort	
	Telefon	E-Mail
Bezugsperson in der Institution	Name der Institution	
	Name	Vorname
	Strasse	
	PLZ und Ort	
	Telefon 1	Handy
	Telefon 2	E-Mail
Kontaktperson während der Ferien für Notfälle Bitte beachten Sie eine 24h Erreichbarkeit. Danke.	Name	Vorname
	Name der Institution	E-Mail
	Telefon 1	Telefon 2
Hausarzt	Name der Praxis	
	Name	Vorname
	Strasse	
	PLZ und Ort	
	Telefon	E-Mail

Versicherungen

Krankenkasse	Name der Versicherung ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat
Versicherungen	Name der Versicherung ☐ Unfall ☐ Privathaftpflicht
Sozialversicherungs- / IV-Nummer	756. IV-Bezüger/in: ☐ ja ☐ nein

Beeinträchtigung

Genaue Bezeichnung der Beeinträchtigung	Bitte genaue Diagnose angeben. Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können.
Grad der Beeinträchtigung	geistig: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer körperlich: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer

Gesundheit

Diabetes	☐ Insulinspritze nötig, spezielle Hinweise bitte angeben: Hinweise eingeben.
Epilepsie	Typ: ☐ „Grand mal“ ☐ „Petit Mal » Datum letzter Anfall Übliche Frequenz der Anfälle Symptome vor Anfall Symptome bei einem Anfall Angepasstes Verhalten
Herz- / Kreislauferkrankungen	☐ Nein ☐ Ja, bitte genaue Erkrankung und Beschwerden unten angeben.
Hörbeeinträchtigung	Rechtes Ohr: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer Linkes Ohr: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer Hilfsmittel: ☐ Hörgeräte ☐ Gebärdensprache ☐ andere

Sprachbeeinträchtigung	☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer Hilfsmittel: ☐ Tablet ☐ Talker ☐ Gebärdensprache ☐ Piktogramme ☐ andere, unten angeben
Sehbeeinträchtigung	Rechtes Auge: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer Linkes Auge: ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer Hilfsmittel: ☐ Brille ☐ Kontaktlinsen ☐ andere, unten angeben
Allgemeine Hilfsmittel	☐ Schuheinlagen ☐ Zahnprothesen Andere
Atembeschwerden, Asthma	☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer Welche, wann treten sie auf?
Allgemeine Allergien	An welchen Allergien (ohne Essen/Medikamente) leiden Sie?
Weiteres	Einnässen bei ☐ Tag ☐ Nacht ☐ Ich neige zu Verstopfung ☐ Ich neige zu Durchfall Auslöser? Was hilft?
	☐ Ich leide an Schlafstörungen Auslöser? Was hilft?
	☐ Ich bin gegen Starrkrampf geimpft, Impfdatum:
Andere Einschränkungen	☐ Ich bin manchmal depressiv. Zeigt sich durch Was hilft?
	☐ Ich bin manchmal aggressiv. In welchen Situationen? Was hilft?
	☐ Ich fürchte mich besonders vor:
	☐ Ich habe besondere Abneigung gegen:

	☐ Ich laufe manchmal weg. In welchen Situationen? Was hilft!
Psych. Behandlung Die Lagerleitung nimmt bei Bedarf mit der Fachperson Kontakt auf.	☐ Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde. Welche? Was hilft? ☐ Ich bin in ☐ Ich war in (bis wann: ☐ psychologischer Behandlung ☐ psychiatrischer Behandlung Fachperson Name, Institution, Telefon

Medikation

Bitte Medikamente in beschrifteten Tagesdosen und ausreichender Menge für die gesamte Ferienzeit mitbringen. Verpackung mit Namen beschriften und Dosierung klar kennzeichnen, damit auch Laien die Einnahme sicher unterstützen können; aktueller Medikamentenplan, wenn nötig, mit genauer Einnahmezeit bei der Abreise mitbringen.	Bitte das Medikamentenverzeichnis (hinterste Seite) ausfüllen und am Abreisetag mitnehmen. ☐ Nimmt keine Medikamente ein. ☐ Nimmt Medikamente selbständig ein. ☐ Wünscht sich Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten. ☐ Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden. ☐ Benötigt keine Reservemedikation Rezeptfreie Medikamente Verabreichung ohne Rücksprache durch die Leitung erlaubt? ☐ nein ☐ ja So geht die Einnahme am einfachsten. Ein AKTUELLES Medikamentenverzeichnis muss zwingend am Abreisetag zusammen mit den dosierten Medikamenten der Lagerleitung übergeben werden.
Medikamenten-unverträglichkeit	Name des Medikaments / des Wirkstoffes, Wechselwirkungen:

Unterstützung und Allgemeines

Unterstützung und Betreuung	Einstufung der Unterstützungsleistungen		
	☐ keine	☐ max 2h pro Tag	☐ max 4h pro Tag ☐ Tagesunterstützung
	Einzelbetreuung nötig? ☐ ja ☐ nein		
	Teilweise in folgenden Situationen:		
	Ich brauche Pflege in der Nacht: ☐ ja ☐ nein		
	Wenn ja, welche:		
	Nachts können wir grundsätzlich keine Assistenz oder Kontrollgänge anbieten. Falls Sie oben "ja" angekreuzt haben, werden wir uns bei Ihnen melden, um die Bedürfnisse genau abzustimmen.		
Allgemeine Fragen	Ich bevorzuge als Betreuungsperson. ☐ Frau ☐ Mann ☐ egal		
	Ich brauche einen Mittagsschlaf. ☐ ja ☐ nein		
	Ich kann mich selbständig ankleiden. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich kann mich allein ausziehen. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich gehe selbständig zu Bett. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich wasche mich selbständig. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich dusche selbständig. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich putze die Zähne selbständig. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich kämme mich selbständig. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich gehe selbständig zur Toilette. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege). ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich rasiere mich selbständig. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich wähle selbständig meine Kleider. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich wechsle von allein meine Wäsche. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich kann selber die Schuhe binden. ☐ ja ☐ nein ☐ mit Anleitung		
	Ich schnarche. ☐ ja ☐ nein		
	Ich kann ohne Hilfe schwimmen. ☐ ja ☐ nein		
	Ich darf tauchen. ☐ ja ☐ nein		
	Auftriebsmittel beim Schwimmen. ☐ ja ☐ nein welche?		

Diverse weitere Angaben

Unterkunft / Zimmer	☐ Doppelzimmer. Wunschpartner:
	☐ Einzelzimmer (sofern möglich)
	Einzelzimmer sind nur bei bestimmten Ferienangeboten verfügbar. Bitte prüfen Sie die Unterkunftsart in unserer Broschüre. Sollte ein Einzelzimmer benötigt werden, ist eine Anmeldung nur für Ferienwochen möglich, die diese Option anbieten.
	☐ Ich brauche zwingend ein Einzelzimmer. Grund bitte unten angeben.

Essen / Genussmittel	☐ Ich bin Vegetarier/in. ☐ Ich benötige Diät (Diätplan beilegen). ☐ Ich muss auf die Essensmenge achten. ☐ Ich trinke Kaffee. ☐ Ich brauche Unterstützung beim Essen. ☐ Ich rauche. ☐ Ich trinke Alkohol. Spezielle Hilfsmittel, weitere Besonderheiten:
Lebensmittel-unverträglichkeiten	Was darf ich nicht essen und trinken?
Ausgang / Taschengeld	☐ Ich kann selbständig in den Ausgang. ☐ Ich kann mit Geld umgehen. ☐ Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes. ☐ Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet.
Mobilität	Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig. ☐ ja ☐ nein Ich kann mich allein orientieren. ☐ ja ☐ nein Mir wird schlecht beim ☐ Auto/Bus fahren ☐ Seilbahn fahren ☐ Schiff fahren Ich habe Höhenprobleme. ☐ ja, ab (Höhenmeter):
Abonnemente	Begleiterausweis ☐ ja ☐ nein Halbtax-Abonnement ☐ ja ☐ nein Generalabonnement ☐ ja ☐ nein Wenn vorhanden, unbedingt in die Ferienwoche mitnehmen.
Sport / Bewegung	Für Fussgänger/innen ☐ Ich kann kurze Distanzen gehen (bis Stunden) ☐ Ich kann lange Distanzen gehen (bis Stunden) ☐ Ich benötige Hilfsmittel für Ausflüge. Welche? ☐ Ich gehe nicht gern. Für Rollstuhlfahrer/innen Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen: ☐ immer ☐ teilweise ☐ Ich kann gehen. Länge/Dauer: ☐ Ich kann stehen. Dauer: ☐ Ich kann Treppensteigen. Länge/Dauer: ☐ Ich kann den Rollstuhl selber fahren. Welche Art von Rollstuhl besitzen Sie? ☐ Elektrorollstuhl ☐ Handrollstuhl ☐ Handrollstuhl faltbar Ich kann ☐ im Autositz reisen. ☐ nur im Rollstuhl reisen. Sonstiges / Bemerkungen / Zusätzliche Hilfsmittel (Rollator, Swisstrac, Fixiergurt, etc.):

Stärken, Hobbys und Fähigkeiten	
Charakterisierung, Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten (z.B. Einschlafritual)	
Allfällige weitere Bemerkungen, Hinweise, Informationen	
Kontaktaufnahme der Betreuungsperson vor der Ferienwoche	Die Betreuungsperson wird sich bei Bedarf vor Ferienbeginn bei der von Ihnen aufgeführten Bezugsperson melden. Ist eine Kontaktaufnahme notwendig / gewünscht? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, bitte ausfüllen: Name, Vorname, Bezug zum/r Ferienteilnehmer/in (Verwandte, Betreuungsperson, etc) Telefonnummer / Mobile
Bestätigung Versicherungsabschluss	Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die obligatorischen Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat-/Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Wir empfehlen zudem den Abschluss einer Annullationskosten- und Rückreiseversicherung.
Annullationskosten	Wir möchten Sie freundlich daran erinnern, dass Sie eine verbindliche Anmeldung vorgenommen haben. Bei einer Stornierung bitten wir um eine schriftliche Mitteilung. Sollte dies nach Erhalt der Bestätigung geschehen, wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 120.00 erhoben. Bei kurzfristigen Stornierungen (ab 60 Tagen vor Abreise) fallen zusätzlich Annullationskosten an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website: (https://www.insieme-baden-wettingen.ch/?content=0307).
Fotos und Filme	Sie erlauben, dass Fotos und Filme, welche in den Ferien entstanden sind, von insieme Baden-Wettingen für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.
Datenschutz	Unsere Datenschutzrichtlinien finden Sie unter folgendem Link: https://www.insieme-baden-wettingen.ch/?content=ds Sie haben unsere Datenschutzrichtlinien zur Kenntnis genommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen und akzeptieren Sie diese.
Vereinsmitgliedschaft	☐ Ich bin bereits Mitglied bei insieme Baden-Wettingen. ☐ Ich bin Mitglied bei einem anderen insieme Verein, und zwar: _____ ☐ Ich möchte neu Mitglied werden. Der Jahresbetrag beläuft sich auf CHF 80.— ☐ Ich habe die Statuten (https://www.insieme-baden-wettingen.ch/?content=0505) zur Kenntnis genommen.
Wichtig	Um eine sichere und angenehme Ferienzeit für alle zu gewährleisten, bitten wir Sie dringend, das Anmeldeformular vollständig und wahrheitsgemäss auszufüllen. Sollten sich der Gesundheitszustand oder andere wichtige Angaben seit der Anmeldung ändern, informieren Sie uns bitte rechtzeitig vor Ferienbeginn. Unvollständige oder falsche Informationen können das Wohl der Teilnehmenden und der gesamten Gruppe gefährden und in letzter Konsequenz zu einem Ausschluss oder Abbruch der Ferienwoche führen. In solchen Fällen oder bei höherem Betreuungsaufwand könnten zudem Mehrkosten anfallen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Sorgfalt.

Buchung	☐ Ich bestätige / meine gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten Auskünfte genau und vollständig sind. Änderungen werden umgehend insieme Baden-Wettingen gemeldet. ☐ Ich habe keine gesetzliche Vertretung und bin für diese Buchung unterschriftsberechtigt. ☐ Ich habe eine gesetzliche Vertretung.
Unterschriften	Feriengast: Datum Unterschrift Unterschriftsberechtigte Person (Eltern oder gesetzliche Vertretung): Name, Vorname, Funktion Datum Unterschrift

Anmeldung Brigels Winterferien

Bei einer Buchung für die Winterferien in Brigels bitte Sportart angeben.

Sportart	☐ Alpin ☐ Snowboard ☐ Winterwandern ☐ Langlauf
An- und Abfahrtsort	☐ Wettingen ☐ Lenzburg

Medikamentenverzeichnis

Insieme Ferienlager (Ort, Datum)	
Teilnehmer/in (Name, Vorname)	
Medikamente benötigt?	☐ Ja ☐ Nein

Wir bitten Sie, dieses Medikamentenverzeichnis genau auszufüllen, selbst wenn der/die Teilnehmer/in keine Medikamente benötigt (siehe oben). Nur so können wir gewährleisten, dass die uns anvertraute Person, falls benötigt, die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit erhält.

Medikamente	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends	Anzahl nachts

Bemerkungen zur Medikamentenabgabe

Dieses Medikamentenverzeichnis ist von jedem Teilnehmenden auszufüllen und zwingend zusammen mit den Medikamenten in einer «Medi-Doset» am Abreisetag der Lagerleitung abzugeben.

Unterschrift	Datum:	Name:	Unterschrift:
--------------	--------	-------	---------------