

Ausgefüllt am: _____

Fragebogen für die Teilnahme an einer Reise

1. Persönliche Informationen:

- **Vorname:** _____
 - **Nachname:** _____
 - **Geburtsdatum:** _____
 - **Geschlecht:** Männlich Weiblich Divers Andere: _____
 - **Adresse:** _____
-

- **Telefonnummer:** _____
 - **E-Mail-Adresse (falls vorhanden):** _____
-

2. Kontaktinformationen der Ansprechperson:

- **Name:** _____
 - **Telefonnummer:** _____
 - **E-Mail-Adresse:** _____
 - **Notfallkontakt (Name, Telefonnummer, Beziehung zum Teilnehmenden):**
 - Name: _____
 - Telefonnummer: _____
 - Beziehung: _____
-

3. Gesundheitsinformationen:

- **Medizinische Diagnose(n) oder Beeinträchtigung(en):**
- **Gibt es chronische Krankheiten oder gesundheitliche Probleme?**
 Ja Nein
 - Falls ja, bitte angeben: _____
- **Allergien (bitte alle angeben):**
 Keine Allergien: _____

- **Wird der Teilnehmende regelmäßig Medikamente einnehmen?**
 Nein Ja, aktuelle ärztl. Verordnung wird nachgereicht Ja, aktuelle ärztl. Verordnung ist beigefügt
 - **Gibt es spezielle medizinische Notfälle oder Behandlungen, die während der Reise beachtet werden müssen?**
 Ja Nein
 - Falls ja, bitte beschreiben: _____
 - **Gibt es gesundheitliche Gründe, warum der Teilnehmende keinen Alkohol konsumieren darf (z. B. Medikamente, Krankheiten)?**
 Ja Nein
 - Falls ja, bitte beschreiben: _____
-
-

4. Selbstständigkeit bei Freizeitaktivitäten:

- **Darf der Teilnehmende Freizeitaktivitäten ohne Begleitung eines Mitarbeitenden unternehmen?**
 Ja, alleine
 Ja, in Begleitung anderer Teilnehmender
 Nein, aber die teilnehmende Person darf sich eigenständig in der Unterkunft aufhalten, ohne an Aktivitäten teilzunehmen.
 Nein

Falls Einschränkungen oder besondere Hinweise bestehen, bitte angeben:

5. Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen:

Grundpflegerische Versorgung:

- Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Körperpflege (Waschen, Duschen):

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Kleiderwahl / Wäschewechsel:

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Nahrungsaufnahme:

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Toilettengang / Intimhygiene:

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Medikamenteneinnahme:

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Orientierung in einer neuen Umgebung:

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Selbstständig Mit Unterstützung Vollständige Hilfe erforderlich

Falls ja, welche Unterstützung wird benötigt?

Benötigt die teilnehmende Person Unterstützung bei der Nachtversorgung (z. B. Toilettengang, Lagerung im Bett)?

Ja Nein

Falls ja, bitte angeben: _____

Gibt es besondere Routinen oder Rituale, die beachtet werden sollten (z. B. Essenszeiten, Schlafgewohnheiten)?

Ja Nein

Falls ja, bitte beschreiben: _____

Sind Hilfsmittel erforderlich?

Ja Nein

Falls ja, welche? _____

6. Mobilität und Hilfsmittel:

- **Wie gut kann der Teilnehmende gehen?**

Kann alleine gehen Benötigt Gehstützen Benötigt Rollstuhl Rollator,

Sonstiges: _____

- **Wird ein Hilfsmittel benötigt?**

Ja Nein

○ Falls ja, welches Hilfsmittel? _____

- **Benötigt der Teilnehmende spezielle Transportmittel (z. B. Rollstuhlbus)?**

Ja Nein

○ Falls ja, bitte spezifizieren: _____

7. Sportliche Aktivitäten und Fitness:

- **Kann der Teilnehmende an Schwimmbad-Aktivitäten teilnehmen?**

Ja Nein

- Falls ja, wie sollte die Aktivität durchgeführt werden?

Alleine Mit anderen Teilnehmenden Mit Assistenz

- Gibt es spezielle Anforderungen (z. B. Schwimmhilfe)?

Ja Nein

- Falls ja, bitte angeben: _____

- **Kann der Teilnehmende an Fitness-Aktivitäten beim Gehen teilnehmen?**

Ja Nein

- Falls ja, welche Art von Fitness-Aktivitäten sind geeignet?

Leichte Spaziergänge Mittlere Strecken Längere Strecken

- Gibt es spezielle Bedürfnisse oder Einschränkungen?

Ja Nein

- Falls ja, bitte angeben: _____

- **Hat der Teilnehmende besondere Bedürfnisse oder Einschränkungen, die beim Schwimmen oder Fitness berücksichtigt werden sollten?**

Ja Nein

- Falls ja, bitte angeben: _____
-

8. Vorlieben und Interessen:

- **Hat der Teilnehmende besondere Interessen oder Vorlieben, die bei den Aktivitäten berücksichtigt werden sollten?**

Ja Nein

- Falls ja, bitte angeben: _____
-

9. Kommunikation:

- **Bevorzugte Art der Kommunikation:**

Verbale Kommunikation Gebärdensprache Unterstützte Kommunikation (z. B. Apps)

Andere: _____

- **Gibt es besondere Merkmale in der Kommunikation, die beachtet werden sollten (z. B. Verwendung spezieller Wörter, Ein- bis Zwei-Wort-Sätze)?**

Ja Nein

- Falls ja, bitte beschreiben: _____
-

10. Persönliche Besonderheiten:

- **Hat der Teilnehmende besondere Verhaltensweisen oder Bedürfnisse (z. B. bei Angstzuständen oder Überforderung)?**

Ja Nein

○ Falls ja, bitte beschreiben: _____

- **Gibt es religiöse oder kulturelle Bedürfnisse, die berücksichtigt werden sollten?**

Ja Nein

○ Falls ja, bitte spezifizieren: _____

- **Gibt es Ängste oder besondere Sorgen in Bezug auf die Reise?**

Ja Nein

○ Falls ja, bitte beschreiben: _____

- **Weitere Informationen, die für die Reiseorganisation wichtig sein könnten:**
