Wir freuen uns, Sie für eine **betreute Gruppenreise** von Procap Reisen & Sport begeistern zu dürfen. Gerne nehmen wir **Ihre Anmeldung** entgegen.

**Aufgrund dieses Fragebogens werden wir für Sie die Buchung vornehmen und bestätigen.** Nach Ablauf des Anmeldeschlusses werden wir Sie schriftlich über die Durchführung der Reise/Kurses informieren. Wir werden uns auf die Angaben in der Anmeldung abstützen. **Für die Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt Procap Reisen & Sport keine Verantwortung oder Haftung.** Änderungen des Gesundheitszustandes und entsprechende Folgen für die Ferienbetreuung sind rechtzeitig vor Ferienantritt zu melden. **Wir setzen für alle Ferienangebote einen gesundheitlich guten und stabilen Zustand voraus.** Bei falschen oder ungenügenden Angaben müssen wir einen Ferienabbruch oder Ferienausschluss in Betracht ziehen, Mehrkosten werden von der verursachenden Person getragen.

**Die allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen (AVRB) wie auch die „wichtigen Informationen für betreute Ferien“ von Procap Reisen & Sport sind integrierende Vertragsbestandteile. Das beiliegende Exemplar der AVRB ist für Sie bestimmt.** Die AVRB können auch unter www.procap-reisen.ch heruntergeladen werden, sind im aktuellen Ferienkatalog enthalten oder können bei uns angefordert werden:

Tel. 062 206 88 30.

**Procap Reisen & Sport wünscht allen schöne Ferien!**

**Reiseziel/Kursort:**       Datum:

**Reiseziel/Kursort:**       Datum:

**Reiseziel/Kursort:**       Datum:

**PERSONALIEN & ADRESSE des/der FerienteilnehmerIn (ständiger Wohnsitz)**

Anrede:  Frau  Herr  Neutral

Name:       Vorname:

**Für Flugreisen müssen die Namen (inkl. Schreibweise) mit dem Pass / der Identitätskarte übereinstimmen!**

Adress-Zusatz:  Nationalität

Strasse:  PLZ/Wohnort:

Handy:  Geburtsdatum:

Name und Telefon der Betreuungsperson:

Rechnungsadresse:

Reisedokumente an:

Telefon für Rückfragen:  E-Mail für Rückfragen: **Notfallnummer wichtiger Bezugspersonen**

**Name und Telefon von Angehörigen oder Betreuungspersonen, die während den Ferien jederzeit**

**erreichbar sind:**

Name des Haus-Arztes/Ärztin:  Tel. Nr.:

(Im Notfall werden wir Ihren Arzt kontaktieren und Sie entbinden den Arzt/die Ärztin im entsprechenden Umfang vom Arztgeheimnis.)

**Sozialversicherungsnummer AHV / IV**

**BEHINDERUNGSFORM**

(bitte kreuzen Sie die zutreffenden Behinderungsformen an)

Geistigbehindert  Sprachbehindert  Körperbehindert

Psychischbehindert  Wahrnehmungseinschränkung  Sehbehindert

Krankheitsbehindert  Hörbehindert  Weitere Behinderung:

Lernbehindert  Ohne Behinderung

Genauere Bezeichnung der Behinderung / Krankheit:

Bemerkungen:



**MOBILITÄT**

**🡺Für Fussgänger\*innen:**

Ich kann  Ich kann mehr als eine Stunde marschieren/wandern

Ich kann ca. 30 Minuten in angemessenem Tempo gehen

Ich kann einige Schritte gehen (weniger als 30 Minuten)

Ich benötige bei Ausflügen einen Rollstuhl

Ich gehe nicht gerne

**Aktivferien** (Katalog Seiten 55-57, 64-77): Ich erfülle die Voraussetzung, dass ich ca. 5 Stunden am Tag angepasste, behindertenspezifische Aktivitäten ausführen kann

**🡺Für Rollstuhlfahrer\*innen: dglxasset[1]**

Ich kann  gehen  auf normalen Carsitz umsitzen  beim Transfer mithelfen

stehen  in ein Auto/Taxi umsitzen  nur im Rollstuhl transportiert werden

Treppen steigen

Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen:  immer  teilweise  unterstützt durch Motor

Können Sie den Rollstuhl selber fahren?  ja  nein  teilweise

Handrollstuhl faltbar?  ja  nein  Breite gefaltet:  cm

Elektrorollstuhl  Trockenbatterie  Gelbatterie  Lithiumbatterie

Rollstuhlmasse: Länge:       cm Breite:       cm Höhe:       cm

Gewicht:      kg Rollstuhl-Typ/-Marke:

Sonstiges / Bemerkungen z.B. zusätzlicher Rollstuhl, weitere Hilfsmittel, wie Rollator, Swisstrac etc. (inkl. Mass/Gewicht):

**UNTERSTÜTZUNGSBEDARF (Pflege-, Betreuungs-, Assistenzleistungen)**

Bei welchen alltäglichen Handhabungen brauchen Sie wie viel Unterstützung?   
**(100% = volle Unterstützung nötig, 0% = keine Unterstützung nötig)**

**Unterstützungsbedarf 100% 75% 50% 0%** Bemerkung / Art der Hilfestellung

An-/Auskleiden

Essen

Fortbewegung im Hause

Fortbewegung draussen

Orientierung in Ferienunterkunft

Waschen/Zähneputzen

Duschen

Aufstehen/Zubettgehen

Toilettengang

Genauere Bezeichnung der alltäglichen und Ferien spezifischen Hilfeleistungen

**Falls vorhanden: Bitte legen Sie den aktuellen Pflegeplan bei.**

Brauchen Sie Pflege in der Nacht?  ja  nein  wenn ja, welche?

Grundsätzlich können wir während der Nacht keine Assistenz oder Kontrollgänge anbieten!

Benötigen Sie spezielle Utensilien?  ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Einlagen, Handschuhe, Katheter, etc.):

Alle benötigten Utensilien wie Einlagen, Handschuhe für Pflege, Urinbeutel, Molidress, Bettflaschen und Urinflaschen sind von den Teilnehmenden selber mitzunehmen. Fehlende Utensilien müssen nachgesandt werden oder werden vor Ort gekauft/gemietet und in Rechnung gestellt!

**Einstufung der Unterstützungsleistungen:**

keine

Stufe 1 (ca. 2h/Tag)

Stufe 2 (ca. 4h/Tag)

Stufe 3 (Tagesunterstützung)

**Auslandferien: kostenpflichtiger Assistenzzuschlag (vgl. Assistenzzuschlag S. 47 im Katalog):**

Für Hilfestellungen wird bei Auslandferien ein Assistenzzuschlag verrechnet. Der Assistenz- oder Pflegezuschlag wird in Prozenten vom Reisepreis auf Grund Ihres Unterstützungsbedarfs festgelegt. Der Unterstützungsbedarf sollte den notwendigen Hilfeleistungen im Alltag entsprechen (vgl. Assistenzzuschlag Katalog S. 47).

**Assistenzzuschlag in Prozenten des Reisepreises**

keiner

50% (ca.2 h/Tag)

75% (ca.4 h/Tag)

100% (Tagesunterstützung)

**KRANKHEITEN / AUFFÄLLIGKEITEN**

Epilepsie  Typ „Grand mal“  Typ „Petit mal“

- letzter Anfall:

- übliche Frequenz der Anfälle:

- Symptome vor einem Anfall:

- Symptome bei einem Anfall:

- angepasstes Verhalten:

Diabetes  Insulin-Spritze: ja  Insulin-Spritze: nein

- Spezielle Hinweise:

Herzkrankheit/-fehler welche:

Asthma Art:

Allergie welche/auf was:

Depression welche Auswirkungen:

Wahrnehmungsstörungen welche:

Sehprobleme welche:

Hilfsmittel:

Hörprobleme welche:

Hilfsmittel:

Sprachstörung welche:

Hilfsmittel:

Spastik Bemerkungen:

Inkontinenz Form:

Schutzmöglichkeit:

andere welche:

Letzte Starrkrampfimpfung (Tetanus) Datum:

**MEDIKAMENTE (Die mitgenommene Menge muss mindestens für die ganze Feriendauer reichen!)**

Beachten Sie, dass die Begleit-Teams von Procap Reisen & Sport grundsätzlich nur in den Erholungsferien der Schweiz über eine Pflegefachperson verfügen. Der Kunde/die Kundin (resp. deren gesetzlichen Vertreter) trägt die Verantwortung dafür, dass die Medikamentenabgabe vor Ort durch Laien erfolgen kann. Insbesondere müssen die Medikamente in Tagesdosen vorbereitet und angeschrieben sein (Medikamentendose). Vergessen Sie nicht, die Beipackzettel mitzunehmen. Wichtige Informationen/Besonderheiten für Notfälle oder Ersatzmedikamente müssen beigefügt und Notfallmedikamente mitgeben werden.

Benötigen Sie regelmässig Medikamente?  ja  nein

Abgabe und Kontrolle soll durch Ferienbegleitung erfolgen  ja  nein

**Bitte legen Sie, falls vorhanden, eine Medikamentenliste bei oder füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktuelle Medikamente** | **Zweck / Bemerkungen** | **morgens** | **mittags** | **abends** | **nach 20h** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Vom Arzt/von der Ärztin vorgeschriebene Vorsichtsmassnahmen oder wichtige Bemerkungen zu den Medikamenten:

**Veränderter Zustand vor Ferienantritt:**

🡺 Wenn sich betreffend Medikation, allg. Gesundheitszustand oder Pflege vor Ferienantritt etwas ändert, ist eine rechtzeitige schriftliche Mitteilung an Procap Reisen & Sport **obligatorisch (vgl. Allgemeine Vertrags- und Reisebedingungen, Ziffer 2.7.)!**

**ALLGEMEINE FRAGEN**

Körpergewicht

Körpergrösse

Können Sie verständlich sprechen?  ja  nein

Essen Sie vegetarisch?   ja  nein

Brauchen Sie Spezialessen? Wenn ja, welches?  ja   nein

Können Sie ohne Hilfe schwimmen?  ja  nein

Benötigen Sie Auftriebsmittel beim Schwimmen?  ja  nein

(Flügeli, Schwimmwesten etc. sind selbst mitzubringen)

Können/Dürfen Sie tauchen?  ja  nein

Sind Sie in der Sportart, die in diesem Kurs betrieben wird  Anfänger\*in?  Fortgeschritten?

Welche Tätigkeiten dürfen Sie nicht ausüben?

Können Sie das Taschengeld selbständig verwalten?  ja  nein

Schnarchen Sie?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Dürfen Sie Alkohol trinken?  ja  nein

Was löst bei Ihnen Unbehagen aus?

Was hilft Ihnen, sich wohlzufühlen?

Welche besonderen Stärken / Hobbies / Fähigkeiten bringen Sie mit in die Feriengruppe?

Besonderheiten, Bemerkungen, welche die Reiseleitung wissen sollte:

**FRAGEN ZUM SOZIALEN LEBEN**

Ich bin mir gewohnt in einer Gruppe zu leben  ja  nein

Wohnsituation  Institution  alleine  Familie

Ausgang in fremder Umgebung ohne Betreuung möglich: tagsüber  ja  nein

am Abend  ja  nein

Sexuelle Besonderheiten, welche die Reiseleitung von Ihnen wissen muss:

**UNTERKUNFT**

**Einzelzimmer sind nur für einzelne Ferienangebote buchbar (Hinweis im Katalog beachten):**

Ich wünsche  Einzelzimmer  ½ Doppelzimmer  Mehrbettzimmer

Ich würde gerne ein Doppelzimmer mit  teilen.

Bei Etagenbetten: Können Sie oben schlafen?  ja  nein

Besonderheiten und Bemerkungen zur Zimmereinrichtung, welche die Reiseleitung von Ihnen wissen sollte   
(WC, Dusche, Bett etc.):

**AUSWEISE** Bitte vorhandene Ausweise ankreuzen und unbedingt in die Ferien mitnehmen!

Ich besitze: GA  Begleitabo (Swisspass)

½ Tax-Abo  IV- Ausweis

**VERSICHERUNG**

Eine Annullationskosten- und Rückreiseversicherung ist für alle TeilnehmerInnen obligatorisch. Bitte überprüfen Sie Ihre persönliche Kranken- und Unfallversicherung vor Antritt der Ferien. Wir empfehlen bei Auslandferien für den Rollstuhl eine Gepäckversicherung abzuschliessen.

Ich bestätige, dass ich über eine private Annullationskosten- und Rückreiseversicherung verfüge und verzichte hiermit auf die obligatorische Versicherung.

**Versicherungsname** (private Annullationskosten und Rückreiseversicherung):

Ich verfüge über keine private Annullationskosten- und Rückreiseversicherung und möchte deshalb diese obligatorische Versicherung für dieses Reisearrangement abschliessen.

Krankenkasse (Name und Policennummer):

Unfallversicherung (Name und Policennummer):

(bitte entsprechende Versicherungskarten in die Ferien mitbringen!)

**FOTOS**

Ich bin einverstanden damit, dass sorgfältig ausgewählte Ferienfotos von mir verwendet werden:

auf der mit Passwort geschützten Procap-Fotogalerie: [www.photo.procap.ch](http://www.photo.procap.ch)

und bei Präsentationen sowie für Drucksachen (Katalog, Flyer) von Procap  ja  nein

**BUCHUNG** (bitte ankreuzen, ansonsten wird die Anmeldung zurückgesandt)

**Der/Die Teilnehmende oder seine/ihre gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten Auskünfte genau und vollständig sind und die entsprechenden Voraussetzungen zu diesem Ferienangebot erfüllt. Allfällige Änderungen des Allgemeinzustandes oder Assistenzbedarfs werden umgehend Procap gemeldet. Er/Sie ist damit einverstanden, dass die gemachten Angaben, soweit für die Reise notwendig, an Dritte weitergegeben werden.** **Die definitive Buchung für die Reisen/Kurse gem. S. 1 des Anmeldeformulars kann erfolgen.**

**Der/Die Teilnehmende oder seine/ihre gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die Allgemeinen Vertrags- und Reisebedingungen von Procap Reisen & Sport Vertragsbestandteil sind.**

**Der/Die Teilnehmende ist zu einem respektvollen Umgang und zur Wahrung des umfassenden Schutzes der persönlichen Integrität aller beteiligten Personen der Gruppenreise verpflichtet.**

**Er/Sie ist stets bemüht, zu einem Klima des gegenseitigen Vertrauens und des Anstandes beizutragen, sowie die Respektierung von Grenzen zu beachten (**[**/www.procap.ch/ueber-uns/praevention/**](https://www.procap.ch/ueber-uns/praevention/)**)**

**Ich bestätige hiermit, dass ich keinen Beistand habe und somit für diese Buchung unterschriftsberechtigt bin. (Bei verbeiständeten (früher bevormundeten) Personen sowie bei Minderjährigen ist die Anmeldung erst rechtsgültig, wenn die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung vorliegt – Unterschrift unten beachten.)**

Ort/ Datum: Unterschrift des Feriengastes:

Zustimmung  der Eltern /  des Beistands *(zutreffendes ankreuzen)*:

Name und Adresse:

Ort/Datum:      Unterschrift:

**Unterschriften „in Auftrag“ oder „in Vertretung“ sind nicht rechtsgültig**

Ein Bild, das Text, Screenshot, Papier, Veröffentlichung enthält.

Automatisch generierte Beschreibung



