

## Sehr geehrte Urlaubsgäste,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserem Betreuungsangebot während Ihres Urlaubes. Damit Sie nicht wertvolle Stunden Ihres Urlaubes mit unseren Fragen verlieren, haben wir diesen Bogen entworfen, damit Sie alle relevanten Informationen, die wir für Betreuung Ihres Angehörigen benötigen, vorab schriftlich festhalten und uns mit der Anmeldung zukommen lassen können.

Für Fragen steht Ihnen der/die jeweilige Einrichtungsleiter/in natürlich gerne zur Verfügung. Die Kontaktdaten dazu finden Sie auf unserer Homepage.

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen möglichst vollständig aus, da dies die Grundlage für unser Betreuungsangebot darstellt.

### Name/Adresse des Menschen mit Behinderung

→ Name:			
Straße / Hausnr.:		PLZ / Ort:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
Geschlecht:		Nationalität:	
Familienstand:		Geburtsdatum:	

### Urlaubsadresse:

Hotel, Pension,...:			
Straße / Hausnr.:		PLZ / Ort:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	

### Kontaktperson(en)

Rechtl. Stellung(en)		Anmerkungen
	Vor-, Nachname : Strasse : PLZ, Ort : Telefon privat : Telefon dienstlich: Handy :	
	Vor-, Nachname : Strasse : PLZ, Ort : Telefon privat : Telefon dienstlich: Handy :	

### Sozialversicherung / versichert durch

→ SV-Nummer:	
Person ist versichert durch:	
Versicherungsanstalt:	
Verwahrung der Versicherungskarte durch:	

## **BETREUUNGSDATEN**

Um auf gewohnte Abläufe und Situationen eingehen zu können, bitten wir Sie, einen typischen Tagesablauf zu schildern. Erwähnen Sie bitte auch, welche Situationen einen besonderen Stellenwert haben.

### **Tagesablauf:**

### **Vorlieben:**

### **Kurzer Lebenslauf (für Gespräche,...):**

### **Beschreibung der Kommunikation (Besonderheiten,...)**

### **Basisversorgung:**

<b>Bereich</b>	<b>Unterstützungsbedarf</b>	<b>Anmerkungen (Hilfsmittel,...)</b>
<b>Essen:</b>		
<b>Waschen:</b>		
<b>WC:</b>		
<b>Anziehen / Ausziehen:</b>		
<b>Fortbewegung:</b>		
<b>Motorik:</b>		

**Diagnose, gesundheitliche Situation:**

<b>Diagnose:</b>	
<b>Kurze Beschreibung der gesundheitlichen Situation:</b>	
<b>Besonderheiten:</b>	
<b>Medikamenteneinnahme:</b>	

**ACHTUNG:** sollte eine Medikamentenverabreichung durch unser Betreuungspersonal notwendig sein, benötigen wir eine gültige ärztliche Verordnung, aus der eindeutig hervorgeht, welches Medikament in welcher Dosierung zu welchem Zeitpunkt verabreicht wird.

**Medizinische Informationen:**

<b>Medikamentenunverträglichkeiten:</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein, nicht bekannt
↪ Anmerkungen:	

<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein, nicht bekannt
↪ Anmerkungen:	

<b>Medizinische, orthopädische Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
↪ Anmerkungen:	

<b>Diabetiker:</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
↪ Anmerkungen:	

<b>Diäten, Ernährung, Nahrungsaufnahme:</b>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
↪ Anmerkungen:	

<b>Sonstige:</b>	
↪ Anmerkungen:	

**Im Notfall sind folgende Ärzte zu kontaktieren:**

<b>✍ Name; Fachrichtung:</b>	
<b>Ort:</b>	
<b>Bemerkungen:</b>	

<b>✍ Name; Fachrichtung:</b>	
<b>Ort:</b>	
<b>Bemerkungen:</b>	

**Verantwortung für medizinische Betreuung trägt folgende Kontaktperson:**

--

**Aufsicht**

<b>✍ Aufsichtsbereich:</b>	<input type="checkbox"/> Bad / <input type="checkbox"/> Essen / <input type="checkbox"/> Küche / <input type="checkbox"/> Maschinen / <input type="checkbox"/> Öffentliche Verkehrsmittel / <input type="checkbox"/> Sonstige / <input type="checkbox"/> Straßenverkehr / <input type="checkbox"/> Werkstätte / <input type="checkbox"/> Wohnhaus
<b>Beschreibung:</b>	
<b>Besondere Maßnahmen erforderlich:</b>	

**Weitere Informationen**

--

Ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_