



## GÄSTEDOSSIER 2023

Name/Vorname:

Geb:

IV/AHV Nummer:

Tel. Mobil:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Kontaktperson während Ferien:

Behinderungsart:

Dürfen Fotos veröffentlicht werden:  Ja  Nein

### Zusätzliche Behinderung:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie           | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung       | <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung |
| <input type="checkbox"/> kann nicht sprechen | <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden      | <input type="checkbox"/> Gehbehinderung    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes            | <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung    |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> ADHS                 |  |

### Hilfsmittel

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe      | <input type="checkbox"/> Brille          | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Schuheinlagen | <input type="checkbox"/> Zahnprothese    | <input type="checkbox"/> Hörgerät  |
| <input type="checkbox"/> Rollator      | <input type="checkbox"/> andere, welche? |                                    |

### Besondere Auffälligkeiten

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> davonlaufen              | <input type="checkbox"/> aggressiv                | <input type="checkbox"/> anfällig für Erkältung |
| <input type="checkbox"/> Sonnenempfindlich        | <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfall       | <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung   |
| <input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf         | <input type="checkbox"/> schnarchen               | <input type="checkbox"/> einnässen              |
| <input type="checkbox"/> Allergie bei Wespenstich | <input type="checkbox"/> Allergie bei Bienenstich | <input type="checkbox"/> andere, welche?        |

### Situationen in denen ich andere gefährde:

#### Was bereitet Unbehagen/Angst/Stress?

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Luftseilbahn | <input type="checkbox"/> Höhe           | <input type="checkbox"/> Lift                   |
| <input type="checkbox"/> Lärm         | <input type="checkbox"/> grosse Gruppen | <input type="checkbox"/> neue Umgebung weitere: |

#### Braucht Hilfe bei folgenden Tätigkeiten:

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> essen        | <input type="checkbox"/> an- und ausziehen | <input type="checkbox"/> Schuhe binden |
| <input type="checkbox"/> Zähne putzen | <input type="checkbox"/> duschen           | <input type="checkbox"/> rasieren      |
| <input type="checkbox"/> waschen      | <input type="checkbox"/> auf dem WC        |  |

#### Braucht weitere Hilfe bei:

## Aktivitäten

ich kann schwimmen       brauche Schwimmhilfen       darf nicht tauchen

Weitere Tätigkeiten dürfen nicht ausgeübt werden:

## Wie lange kann der Teilnehmer wandern?

½ Std       1 Std.       1 ½ Std       2 Std und mehr

## Übelkeit bei:

Autofahren       Schiff       Seilbahn

## Weitere Übelkeiten bei:

## Bestehen Allergien auf Lebensmittel oder Pflegemittel?

## Bestehen Allergien oder Nebenwirkungen auf Medikamente, Esswaren usw?

## Welche Speisen und Getränke meiden?

auf Essensmenge achten       vegetarisch       vegan       kein Alkohol

## Wieviel Taschengeld:

verwaltet Geld selber       braucht Unterstützung

## Vergünstigungen:

Halbtax       GA       Begleitkarte       Juniorkarte

## Nehme mit:

Pass       Identitätskarte

## Bemerkungen und Zusätzliches zu diesem Fragebogen:

Um Komplikationen während des Anlasses zu vermeiden, bitten wir Sie, den Fragebogen gut leserlich und wahrheitsgetreu auszufüllen. Falsche oder unvollständige Angaben beeinträchtigen das Wohlbefinden der Ferienteilnehmer sowie der ganzen Gruppe und insieme Bezirk Horgen nimmt sich das Recht den angemeldeten Teilnehmer nach Hause zu schicken.

Wird am Ankunftsort abgeholt von:

oder  reist selbständig weiter

## Kontaktdaten Abholer:

## Unterschrift Ferienteilnehmer:

## Unterschrift gesetz. Vertreter oder Betreuerin:

## Ort und Datum:

## Medikamentendossier von:

Medikament	Dossierung MO	Dossierung MI	Dossierung AB	Dossierung NA

**Wichtige Bemerkung zur Abgabe der Medikamente:**

**Welches Medikament darf nicht verabreicht werden?**

**Einnahme Medikamente:**     **selbständig**         **durch Leiter**         **kontrollieren**

Bitte jedem Teilnehmenden eine **Medikamenten-Reserve** für 1 Woche gekennzeichnet und getrennt der üblichen Wochenration mitgeben