

Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

Neu in 2025: Anmelde- und Fragebogen werden in diesem Bogen zusammengefasst.
Es gibt keinen gesonderten Fragebogen mehr.

Bitte füllen Sie die Felder sorgfältig und wahrheitsgemäß aus!

Beachten Sie bei sämtlichen Angaben den Umstand, dass es sich um eine Urlaubsreise handelt und nicht von der alltäglichen und bekannten Routine / Umgebung / Begleitpersonen ausgegangen werden kann.

Ausgefüllt von: Datum / Name

1. Wunsch - Reise Nr.	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
2. Wunsch - Reise Nr.	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
3. Wunsch - Reise Nr.	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>

Persönliche Daten - Reisegast

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	<input type="text"/>	PLZ und Wohnort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
SB Ausweis: GdB, Merkzeichen & Pflegegrad	<input type="text"/>		
Debitorennummer (intern Bethel.regional)	<input type="text"/>		

Persönliche Daten - Einrichtung

Einrichtung/Gruppe	<input type="text"/>	Bezugsperson	<input type="text"/>
Adresse Einrichtung	<input type="text"/>	E-Mail Einrichtung	<input type="text"/>
Mobil Bezugsperson	<input type="text"/>	E-Mail Bezugsperson	<input type="text"/>

Zimmer

Ich wünsche Doppelzimmer Einzelzimmer

aus bestimmten Gründen nur Einzelzimmer möglich (z.B. Nachtaktivität / mit Licht schlafen / Schlafapnoe-Maske / Blindheit / sehr lautes Schnarchen, etc.)

Ich möchte ein Zimmer teilen mit

Kostenpflichtige Leistungen (wird geprüft, ob möglich)

Ich benötige

nächtliche Pflege / Nachtwache / Nacht-Sichtung / Schlafbereitschaft / Babyphone zwischen 23:30 Uhr und 7:00 Uhr

Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

Mobilität

Benötigen Sie eine Gehhilfe? ja nein

falls ja:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> an der Hand geleitet | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> E-Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Einhaken |
| <input type="checkbox"/> Gehhilfe (z. B. Unterarm-Gehwagen) | | |

Ich kann alleine laufen ja nein

Können Sie in den Bulli einsteigen? ja nur mit Hilfe nein
Können Sie Stufen/ Treppen steigen? ja nur mit Hilfe nein

Wie viele Minuten können sie ohne Pause laufen? Min
Ich kann auf unebenem Gelände alleine laufen ja nein

Für Personen im Rollstuhl / E-Rollstuhl:

- Umsetzen im Bulli möglich? ja nein
- Ich kann einige Stufen in den Bulli steigen
 - Ich benutze einen Rollstuhl und kann nur im Bulli direkt auf einen Sitz umgesetzt werden
 - Ich benutze einen Rollstuhl und muss im Rollstuhl befördert werden

Rolli Größe (Breite cm, Länge cm, Höhe cm)

- Kopfstütze vorhanden Kraftknotenpunkte vorhanden
- Rollstuhl faltbar Rollstuhl **nicht** faltbar

Assistenz/ Begleitung/ Unterstützung

Benötigen Sie medizinische, Alltags- oder Pflege-Hilfsmittel? ja nein

falls ja:

- | | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apnoe-Schlafmaske | <input type="checkbox"/> Aufstehhilfe | <input type="checkbox"/> Diabetes Pen |
| <input type="checkbox"/> Duschstuhl | <input type="checkbox"/> Epicare (nächtl. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Inkontinenzschutz |
| <input type="checkbox"/> Insulinspritzen | <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> künstl. Darmausgang |
| <input type="checkbox"/> Lifter | <input type="checkbox"/> Matratzenschoner | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Pflegebett mit Bettgitter | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät |
| <input type="checkbox"/> spezielles Essgeschirr | <input type="checkbox"/> spezielle Trinkgefäße | <input type="checkbox"/> Stroma Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Stuhl mit Armlernen | <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl |
| <input type="checkbox"/> Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> | |

Bitte denken Sie an ausreichend Inkontinenzschutz, Handschuhe und Desinfektionsmittel!

Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

Welche Unterstützung benötigen Sie?

- | | | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toilettengänge | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> Unterstützung/Übernahme | Reinigung |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Duschen | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Rasur | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Erinnerung | <input type="checkbox"/> mündl. Anleitung | <input type="checkbox"/> Übernahme |

Mobilität in der Pflege

- Ich kann mithelfen ich kann stehen ich muss sitzen

Sonstiges:

Ich kann **nicht** mithelfen

kompl. Versorgung im Bett Teilversorgung im Bett

Sonstiges:

Bitte beschreiben Sie die Unterstützungsbedarfe (benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

Besondere Anforderungen

- Aggressionen sich selbst oder anderen gegenüber / Konfliktpotenzial
- | | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Autismus-Spektrum | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Einkoten (nachts) | <input type="checkbox"/> Einkoten (tagsüber) |
| <input type="checkbox"/> Einnässen (nachts) | <input type="checkbox"/> Einnässen (tagsüber) | <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> nachts mit Licht schlafen | <input type="checkbox"/> Schnarchen | <input type="checkbox"/> Weglauftendenzen |
- Reisen nur in Kleingruppen (maximal 6 Reisegäste pro Gruppe)
- Rituale / Ängste (z. B. Heimweh) / Gewohnheiten (z. B. Duschtage, Uhrzeiten für Mahlzeiten und Zubettgehen / Aufstehen, Taschengeldauszahlung, etc.)
- Verweigerungsverhalten (z.B. bei Nahrungsaufnahme, Medikamenteneinnahme, Körperhygiene, Pflege)
- Sonstiges:

Falls ja: Bitte beschreiben Sie die Besonderheiten und die Begleitmöglichkeiten.

(bitte benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

Allergien/Unverträglichkeiten/Intoleranzen (z. B. Lebensmittel, Getränke, Medikamente)

- | | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflaster-Allergie | <input type="checkbox"/> Penicillin-Allergie | <input type="checkbox"/> Insektenstich-Allergie |
| <input type="checkbox"/> Tierhaarallergie: | | |
| <input type="checkbox"/> Lactose Intoleranz | <input type="checkbox"/> Gluten Intoleranz | <input type="checkbox"/> Fructose Intoleranz |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="text"/> | |

Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

Besondere Ernährungsformen

- vegetarisch vegan kein Schweinefleisch
 nur Brei / püriertes Essen Essen klein schneiden Essen anreichern
 Sonstiges:
 ich **darf** Alkohol trinken ich darf **keinen** Alkohol trinken
-

Falls Epilepsie: anfallsfrei seit:

- Absence Grand Mal Hypermotorisch
 tonisch klonisch tonisch-klonisch
 Psychomotorisch myoklonisch Aura

Seriengefährdung: ja nein

Statusgefährdung: ja nein

Was sind mögliche Auslöser für einen Anfall?

- Wärme Freude Wut Aufregung Lärm Lichtblitze
 Musik Überanstrengung nichts nicht bekannt
 Sonstiges:

Anfallsbeschreibung: Beschreiben Sie bitte ausführlich, wie ein Anfall in der Regel aussieht
(bitte benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

- Häufigkeit:
- Dauer:
- Verlauf:

Merken Sie, wenn ein Anfall kommt? ja nein

Der Anfall beginnt abrupt langsam

- Ich sacke langsam in mich zusammen kippe „wie ein Baum um“
 sacke zu Beginn des Anfalls blitzartig zusammen stürze und falle hin
 Sonstiges:

Maßnahmen (z. B. Bedarfsmedikation), Name und Dosierung und wie oft? Arzt rufen, etc.

Nach dem Anfall: (bitte benutzen Sie ggf. ein Extrablatt)

Sind Sie nach dem Anfall sofort ansprechbar und „klar“? ja nein

- Wie ist Ihr Befinden nach dem Anfall? Es ist alles wie vorher Ich bin müde
 Ich bin erregt Ich muss schlafen Ich muss mich ausruhen/hinlegen
 Sonstiges:
-

Haben Sie eine Einschränkung im Sehen?

- Blind Brille Kontaktlinsen Gesichtsfeldeinschränkung
 Sonstiges:

Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

Haben Sie eine Einschränkung im Hören? ja nein

- Hörgeräte
 Sonstiges:

Wie kommunizieren Sie?

- Ich kann sprechen Ein-Wort-Sätze Durch ein Kuscheltier Lautieren
 Sonstiges:

Medikamente

- ich passe auf meine Medikamente selbst auf
 das Team passt auf meine Medikamente auf

Einnahme

- Ich nehme die Medikamente selbst ein
 Das Team muss mich an die Medikamente erinnern
 Das Team gibt mir die Medikamente
 Sonstiges:

Spritzen

- Ich kann die Spritzen selber setzen
 Die Spritzen müssen bei mir durch eine Person gesetzt werden

Sollte sich Ihr medizinischer Bedarf verändern (Medikamenten-Umstellung, Krankenhausaufenthalt, Krankheit, etc.) melden Sie sich umgehend bei uns!

Orientierung

- Können Sie sich örtlich in fremder Umgebung orientieren? ja nein
Können Sie sich zeitlich orientieren? ja nein
Können Sie sich im Straßenverkehr zurechtfinden? ja nein

Können Sie alleine in der Unterkunft bleiben (für ein bestimmtes Zeitfenster)?

- ja nein

Können Sie unbeaufsichtigt in der Nähe der Unterkunft sein (z.B. Spaziergänge)

- ja nein

Ausflüge

- bei Ausflügen kann ich mich von der Gruppe trennen
 bei Ausflügen bleibe ich lieber bei der Gruppe

Taschengeld

- ich passe selbst auf mein Geld auf das Team passt auf mein Geld auf

Arzt/Ärztin

Name behandelnde/r Arzt / Ärztin

Adresse behandelnde/r Arzt / Ärztin

Telefon behandelnde/r Arzt / Ärztin

Anmeldung und Informationen Reiseschmiede 2025

Rechnung

*Sollten Sie eine gesetzliche Betreuung für Finanzen haben, geht die Rechnung an diese.
Zur Erstellung der Rechnung benötigen wir eine Bestellsurkunde.*

Persönliche Daten - Rechnungsadresse (für externe Personen und nicht durch Bethel betreute Personen aus proWerk/integra)

Einrichtung/Gruppe		Bezugsperson	
Adresse Einrichtung		E-Mail Einrichtung	
Mobil Bezugsperson		E-Mail Bezugsperson	

Preis „intern“

Intern bedeutet:

- Wohnort innerhalb der v. Bodelschwingschen Stiftungen
- Arbeit in den v. Bodelschwingschen Stiftungen, **Bereich:**
- Begleitung durch die v. Bodelschwingschen Stiftungen
- Mitglied im Verein integra e.V.

Preis „extern“

Ich bitte um Möglichkeit der Ratenzahlung. Ich kann monatlich € zahlen.

Gesetzliche Betreuung

Name gesetzliche Betreuung

keine gesetzliche Betreuung

Aufgabenkreise gesetzliche Betreuung

Vermögen / Finanzen Aufenthalt Gesundheit Sonstiges

Adresse gesetzliche Betreuung

Telefon gesetzliche Betreuung

E-Mail gesetzliche Betreuung

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Bei Wohnen in besonderer Wohnform:

Die Bezugsperson/Bereichsleitung kennt und bestätigt die Angaben.

Wenn Sie eine gesetzliche Betreuung haben:

Die gesetzliche Betreuung hat in den ihr zugeordneten Bereichen ihr Einverständnis erteilt, ist über die Reiseanmeldung informiert und stimmt zu.

Die Reisebedingungen erkenne ich hiermit an

Unterschrift Reisegast (für die Richtigkeit)

ggf. **Unterschrift der bevollmächtigten Bezugsperson** oder **der gesetzlichen Betreuung**