

Anmeldung Ferienwoche

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung zu einem Ferienangebot von insieme Baden-Wettingen.

- Anmeldefrist Winterferien: Mitte Januar
- Anmeldefrist Sommerferien: Ende Januar
- Anmeldefrist Herbstferien: Ende Januar

Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig und vollständig aus.

Gerne melde ich mich für folgende Ferienwoche an:

Aktuelles Foto

Bitte senden Sie das Foto auch, wenn Sie schon mehrere Male im selben Lager waren.

(Fotokopie reicht)

Name / Vorname	
----------------	--

Die Ferienwoche findet bei genügend Anmeldungen statt; eine Anmeldung garantiert daher noch keinen Platz. **Bitte priorisieren Sie Ihre Ferienwünsche und senden Sie pro Jahreszeit (Winter, Sommer, Herbst) ein separates Formular ein.** Die endgültige Zusage erfolgt nach Prüfung aller Anmeldungen unter Berücksichtigung der Kapazitäten und individuellen Bedürfnisse für eine optimale Betreuung.

Ferienwoche Prio 1	Datum:
Ferienwoche Prio 2	Datum:
Ferienwoche Prio 3	Datum:

Personalien Ferienteilnehmer/in	Name		Vorname	
	Name der Institution			
	Strasse			
	PLZ und Ort			
	Telefon		Handy	
	Geburtsdatum		E-Mail	

Rechnungsadresse	<hr/> <hr/> Name Vorname <hr/> Name der Institution <hr/> Strasse <hr/> PLZ und Ort <hr/> Telefon E-Mail
Bezugsperson in der Institution	<hr/> Name der Institution <hr/> Name Vorname <hr/> Strasse <hr/> PLZ und Ort <hr/> Telefon 1 Handy <hr/> Telefon 2 E-Mail
Kontaktperson während der Ferien für Notfälle Bitte beachten Sie eine 24h Erreichbarkeit. Danke.	<hr/> Name Vorname <hr/> Name der Institution E-Mail <hr/> Telefon 1 Telefon 2
Hausarzt	<hr/> Name der Praxis <hr/> Name Vorname <hr/> Strasse <hr/> PLZ und Ort <hr/> Telefon E-Mail

Versicherungen

Krankenkasse	<hr/> Name der Versicherung <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat
Versicherungen	<hr/> Name der Versicherung <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Privathaftpflicht
Sozialversicherungs- / IV-Nummer	756. ____ . ____ . ____ IV-Bezüger/in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beeinträchtigung

Genau Bezeichnung der Beeinträchtigung	<hr/> <hr/> Bitte genaue Diagnose angeben. Dies ist wichtig, damit sich die Leitungs- und Betreuungspersonen auf Besonderheiten vorbereiten können.
Grad der Beeinträchtigung	geistig: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer körperlich: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer

Gesundheit

Diabetes	<input type="checkbox"/> Insulinspritze nötig, spezielle Hinweise bitte angeben:
Epilepsie	Typ: <input type="checkbox"/> „Grand mal“ <input type="checkbox"/> „Petit Mal » <hr/> Datum letzter Anfall Übliche Frequenz der Anfälle <hr/> Symptome vor Anfall Symptome bei einem Anfall <hr/> Angepasstes Verhalten
Herz- / Kreislauf-erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte genaue Erkrankung und Beschwerden unten angeben.
Hörbeeinträchtigung	Rechtes Ohr: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer Linkes Ohr: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Gebärden <input type="checkbox"/> andere, unten angeben

Sprachbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Talker <input type="checkbox"/> Gebärdensprache <input type="checkbox"/> Piktogramme <input type="checkbox"/> andere, unten angeben
Sehbeeinträchtigung	Rechtes Auge: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer Linkes Auge: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> andere, unten angeben
Allgemeine Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Schuheinlagen <input type="checkbox"/> Zahnprothesen _____ Andere
Atembeschwerden, Asthma	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer _____ Welche, wann treten sie auf?
Allgemeine Allergien	An welchen Allergien (ohne Essen/Medikamente) leiden Sie? _____
Weiteres	Einnässen bei <input type="checkbox"/> Tag <input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/> Ich neige zu Verstopfung <input type="checkbox"/> Ich neige zu Durchfall _____ Auslöser? Was hilft? <input type="checkbox"/> Ich leide an Schlafstörungen _____ Auslöser? Was hilft? <input type="checkbox"/> Ich bin gegen Starrkrampf geimpft, Impfdatum: _____
Andere Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Ich bin manchmal depressiv. _____ Zeigt sich durch _____ Was hilft? <input type="checkbox"/> Ich bin manchmal aggressiv. _____ In welchen Situationen? _____ Was hilft? <input type="checkbox"/> Ich fürchte mich besonders vor: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe besondere Abneigung gegen: _____

	<input type="checkbox"/> Ich laufe manchmal weg. In welchen Situationen? Was hilft? <input type="checkbox"/> Es gibt besondere Situationen, in denen ich mich oder andere gefährde. Welche? Was hilft?
Psych. Behandlung Die Lagerleitung nimmt bei Bedarf mit der Fachperson Kontakt auf.	<input type="checkbox"/> Ich bin in... <input type="checkbox"/> Ich war in... (bis wann: _____) <input type="checkbox"/> psychologischer Behandlung <input type="checkbox"/> psychiatrischer Behandlung Fachperson Name, Institution, Telefon
Sexualität / Neigungen	Sind Auffälligkeiten vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, wie zeigt sich das? Ist Schwangerschaftsverhütung geregelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Medikation

Bitte Medikamente in beschrifteten Tagesdosen und ausreichender Menge für die gesamte Ferienzeit mitbringen. Verpackung mit Namen beschriften und Dosierung klar kennzeichnen, damit auch Laien die Einnahme sicher unterstützen können; aktueller Medikamentenplan, wenn nötig, mit genauer Einnahmezeit bei der Abreise mitbringen.	Bitte das Medikamentenverzeichnis (hinterste Seite) nach Möglichkeit ausfüllen oder am Abreisetag mitnehmen. <input type="checkbox"/> Nimmt keine Medikamente ein. <input type="checkbox"/> Nimmt Medikamente selbständig ein. <input type="checkbox"/> Wünscht sich Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten. <input type="checkbox"/> Medikamente müssen durch die Betreuungsperson verabreicht werden. <input type="checkbox"/> Benötigt keine Reservemedikation Rezeptfreie Medikamente Verabreichung ohne Rücksprache durch die Leitung erlaubt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja So geht die Einnahme am einfachsten. Ein aktuelles Medikamentenverzeichnis muss zwingend am Abreisetag zusammen mit den dosierten Medikamenten der Lagerleitung übergeben werden.
Medikamenten-unverträglichkeit	Name des Medikaments / des Wirkstoffes, Wechselwirkungen: _____ _____

Unterstützung und Allgemeines

<p>Unterstützung und Betreuung</p>	<p>Einstufung der Unterstützungsleistungen</p> <p> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> max 2h pro Tag <input type="checkbox"/> max 4h pro Tag <input type="checkbox"/> Tagesunterstützung </p> <p>Einzelbetreuung nötig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Teilweise in folgenden Situationen:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Ich brauche Pflege in der Nacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche: _____</p> <p>Nachts können wir grundsätzlich keine Assistenz oder Kontrollgänge anbieten. Falls Sie oben "ja" angekreuzt haben, werden wir uns bei Ihnen melden, um die Bedürfnisse genau abzustimmen.</p>
<p>Allgemeine Fragen</p>	<p>Ich bevorzuge als Betreuungsperson. <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> egal</p> <p>Ich brauche einen Mittagsschlaf. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ich kann mich selbständig ankleiden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich kann mich allein ausziehen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich gehe selbständig zu Bett. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich wasche mich selbständig. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich dusche selbständig. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich putze die Zähne selbständig. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich kämme mich selbständig. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich gehe selbständig zur Toilette. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich kann mich nach dem Toilettengang selbständig reinigen (Intimpflege). <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich rasiere mich selbständig. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich wähle selbständig meine Kleider. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich wechsle von allein meine Wäsche. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich kann selber die Schuhe binden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> mit Anleitung</p> <p>Ich schnarche. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ich kann ohne Hilfe schwimmen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ich darf tauchen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Auftriebsmittel beim Schwimmen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche? _____</p>

Diverse weitere Angaben

<p>Unterkunft / Zimmer</p>	<p> <input type="checkbox"/> Doppelzimmer. Wunschpartner: _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer (sofern möglich) </p> <p>Einzelzimmer sind nur bei bestimmten Ferienangeboten verfügbar. Bitte prüfen Sie die Unterkunftsart in unserer Broschüre. Sollte ein Einzelzimmer benötigt werden, ist eine Anmeldung nur für Ferienwochen möglich, die diese Option anbieten.</p> <p> <input type="checkbox"/> Ich brauche zwingend ein Einzelzimmer. Grund bitte unten angeben. </p>
----------------------------	---

<p>Essen / Genussmittel</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ich bin Vegetarier/in. <input type="checkbox"/> Ich benötige Diät (Diätplan beilegen). </p> <p> <input type="checkbox"/> Ich muss auf die Essensmenge achten. <input type="checkbox"/> Ich trinke Kaffee. </p> <p> <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Essen. <input type="checkbox"/> Ich rauche. </p> <p> <input type="checkbox"/> Ich trinke Alkohol. </p> <p>Spezielle Hilfsmittel, weitere Besonderheiten:</p> <hr/>
<p>Lebensmittel-unverträglichkeiten</p>	<p>Was darf ich nicht essen und trinken?</p>
<p>Ausgang / Taschengeld</p>	<p> <input type="checkbox"/> Ich kann selbständig in den Ausgang. <input type="checkbox"/> Ich kann mit Geld umgehen. <input type="checkbox"/> Ich brauche Unterstützung beim Einteilen meines Geldes. <input type="checkbox"/> Ich möchte, dass eine Begleitperson mein Geld verwaltet. </p>
<p>Mobilität</p>	<p> Ich benutze die Verkehrsmittel selbständig. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p> Ich kann mich allein orientieren. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p> Mir wird schlecht beim <input type="checkbox"/> Auto/Bus fahren <input type="checkbox"/> Seilbahn fahren <input type="checkbox"/> Schiff fahren </p> <p> Ich habe Höhenprobleme. <input type="checkbox"/> ja, ab (Höhenmeter): _____ </p>
<p>Abonnemente</p>	<p> Begleiteraushweis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p> Halbtax-Abonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p> Generalabonnement <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein </p> <p>Wenn vorhanden, unbedingt in die Ferienwoche mitnehmen.</p>
<p>Sport / Bewegung</p>	<p>Für Fussgänger/innen</p> <p> <input type="checkbox"/> Ich kann kurze Distanzen gehen (bis _____ Stunden) <input type="checkbox"/> Ich kann lange Distanzen gehen (bis _____ Stunden) <input type="checkbox"/> Ich benötige Hilfsmittel für Ausflüge. Welche? _____ <input type="checkbox"/> Ich gehe nicht gern. </p> <p>Für Rollstuhlfahrer/innen</p> <p>Ich bin auf den Rollstuhl angewiesen:</p> <p> <input type="checkbox"/> immer </p> <p> <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> Ich kann gehen. Länge/Dauer: _____ <input type="checkbox"/> Ich kann stehen. Dauer: _____ <input type="checkbox"/> Ich kann Treppensteigen. Länge/Dauer: _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> Ich kann den Rollstuhl selber fahren. </p> <p>Welche Art von Rollstuhl besitzen Sie?</p> <p> <input type="checkbox"/> Elektrorollstuhl <input type="checkbox"/> Handrollstuhl <input type="checkbox"/> Handrollstuhl faltbar </p> <p> Ich kann... <input type="checkbox"/> im Autositz reisen. <input type="checkbox"/> nur im Rollstuhl reisen. </p> <p>Sonstiges / Bemerkungen / Zusätzliche Hilfsmittel (Rollator, Swisstrac, Fixiergurt, etc.):</p>

<p>Stärken, Hobbys und Fähigkeiten</p> <p>Charakterisierung, Eigenheiten, wichtige Merkmale, Verhalten, spezielle Gewohnheiten (z.B. Einschlafritual)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Allfällige weitere Bemerkungen, Hinweise, Informationen</p>	<hr/> <hr/>
<p>Kontaktaufnahme der Betreuungsperson vor der Ferienwoche</p>	<p>Die Betreuungsperson wird sich bei Bedarf vor Ferienbeginn bei der von Ihnen aufgeführten Bezugsperson melden.</p> <p>Ist eine Kontaktaufnahme notwendig / gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, bitte ausfüllen:</p> <hr/> <p>Name, Vorname, Bezug zum/r Ferienteilnehmer/in (Verwandte, Betreuungsperson, etc.)</p> <hr/> <p>Telefonnummer / Mobile</p>
<p>Bestätigung Versicherungsabschluss</p>	<p>Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die obligatorischen Versicherungen wie Kranken- und Unfallversicherung sowie Privat-/Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben. Wir empfehlen zudem den Abschluss einer Annullationskosten- und Rückreiseversicherung.</p>
<p>Annullationskosten</p>	<p>Wir möchten Sie freundlich daran erinnern, dass Sie eine verbindliche Anmeldung vorgenommen haben. Bei einer Stornierung bitten wir um eine schriftliche Mitteilung. Sollte dies nach Erhalt der Bestätigung geschehen, wird eine Bearbeitungsgebühr von CHF 120.00 erhoben. Bei kurzfristigen Stornierungen (ab 60 Tagen vor Abreise) fallen zusätzlich Annullationskosten an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website: (https://www.insieme-baden-wettingen.ch/?content=0307).</p>
<p>Fotos und Filme</p>	<p>Sie erlauben, dass Fotos und Filme, welche in den Ferien entstanden sind, von insieme Baden-Wettingen für die Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf.</p>
<p>Datenschutz</p>	<p>Unsere Datenschutzrichtlinien finden Sie unter folgendem Link: https://www.insieme-baden-wettingen.ch/?content=ds</p> <p>Sie haben unsere Datenschutzrichtlinien zur Kenntnis genommen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen und akzeptieren Sie diese.</p>
<p>Vereinsmitgliedschaft</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin bereits Mitglied bei insieme Baden-Wettingen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin Mitglied bei einem anderen insieme Verein, und zwar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte neu Mitglied werden. Der Jahresbetrag beläuft sich auf CHF 80.—</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe die Statuten (https://www.insieme-baden-wettingen.ch/?content=0505) zur Kenntnis genommen.</p>

Wichtig	<p>Um eine sichere und angenehme Ferienzeit für alle zu gewährleisten, bitten wir Sie dringend, das Anmeldeformular vollständig und wahrheitsgemäss auszufüllen. Sollten sich der Gesundheitszustand oder andere wichtige Angaben seit der Anmeldung ändern, informieren Sie uns bitte rechtzeitig vor Ferienbeginn.</p> <p>Unvollständige oder falsche Informationen können das Wohl der Teilnehmenden und der gesamten Gruppe gefährden und in letzter Konsequenz zu einem Ausschluss oder Abbruch der Ferienwoche führen. In solchen Fällen oder bei höherem Betreuungsaufwand könnten zudem Mehrkosten anfallen.</p> <p>Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Sorgfalt.</p>
----------------	---

Buchung	<p><input type="checkbox"/> Ich bestätige / meine gesetzliche Vertretung bestätigt, dass die gemachten Auskünfte genau und vollständig sind. Änderungen werden umgehend insieme Baden-Wettingen gemeldet.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe keine gesetzliche Vertretung und bin für diese Buchung unterschriftsberechtigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe eine gesetzliche Vertretung.</p>
----------------	--

Unterschriften	<p>Feriengast:</p> <hr/> <p>Datum Unterschrift</p> <p>Unterschriftsberechtigte Person (Eltern oder gesetzliche Vertretung):</p> <hr/> <p>Name, Vorname, Funktion</p> <hr/> <p>Datum Unterschrift</p>
-----------------------	---

Anmeldung Brigels Winterferien

Bei einer Buchung für die Winterferien in Brigels bitte Sportart angeben.

Sportart	<input type="checkbox"/> Alpin <input type="checkbox"/> Snowboard <input type="checkbox"/> Winterwandern <input type="checkbox"/> Langlauf
An- und Abfahrtsort	<input type="checkbox"/> Wettingen <input type="checkbox"/> Lenzburg

Medikamentenverzeichnis

Insieme Ferienlager (Ort, Datum)	
Teilnehmer/in (Name, Vorname)	
Medikamente benötigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wir bitten Sie, dieses Medikamentenverzeichnis genau auszufüllen, selbst wenn der/die Teilnehmer/in keine Medikamente benötigt (siehe oben). Nur so können wir gewährleisten, dass die uns anvertraute Person, falls benötigt, die richtigen Medikamente zur richtigen Zeit erhält.

Medikamente	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends	Anzahl nachts

Bemerkungen zur Medikamentenabgabe

Dieses Medikamentenverzeichnis ist von jedem Teilnehmenden auszufüllen und zwingend zusammen mit den Medikamenten in einer «Medi-Doset» am Abreisetag der Lagerleitung abzugeben.

Unterschrift	Datum:	Name:	Unterschrift: