

Anmeldung Ferien Schweiz, Hotel Solsana, Saanen 10.07. – 24.07.2010

Anmeldeschluss: 5. März 2010

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Tel.-Nr. P: _____ Geb.-Datum: _____
Tel.-Nr. G/Natel: _____ Krankenkasse: _____
E-Mail: _____ IV-Nummer: _____
Körpergewicht: _____

Eltern/Vertreter/in: _____

Telefon/Natel: _____

Institution: _____ Bezugsperson: _____

Telefon/Natel: _____

Ich bin Mitglied der Regionalgruppe: _____

Wohnen Sie ganz oder hauptsächlich bei Ihren Eltern? ja nein

Fragen zur Behinderung und zum Assistenzbedarf

Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und vollständig. Diese Angaben sind für die Assistenz von grösster Wichtigkeit. Die Angaben werden vertraulich behandelt
(Weitergabe nur an Reiseleitung und Assistent/in, um optimale Betreuung garantieren zu können).

Ich habe cerebrale Bewegungsstörungen: ja
 nein, ich habe folgende andere Behinderung: _____

Ich kann gehen:
 alleine nur mit Hilfe
 nur mit folgenden Hilfsmitteln: _____
 überhaupt nicht, ich benötige einen Rollstuhl

Ich kann stehen: alleine, längere Zeit alleine, nur kurz
 nur mit Hilfe gar nicht

Ich kann mich mitteilen:
 ich spreche gut ich spreche ein bisschen
 ich benötige dazu folgendes Hilfsmittel: _____

Ich verstehe gesprochene Sprache:
 gut teilweise (einfache Sprache) nicht so gut

Bitte wenden

Ich brauche Hilfe beim An-/Ausziehen beim Essen
 bei der Körperpflege in der Nacht
 beim Toilettengang bei der Einteilung vom Taschengeld

Ich bin inkontinent:
 benötige Einlagen nur nachts nein

Ich habe Epilepsie: ja nein

Ich benötige Medikamente: nein
 ja, welche? _____

Ich nehme die Medikamente selbstständig ein.
 Ich möchte, dass mich jemand kontrolliert oder erinnert.

Ich habe folgende Krankheiten/Beschwerden:
 Asthma Diabetes Sonnenallergie
 andere Allergien: _____

Herzprobleme Nierenkrankheiten
 andere: _____

Ich habe/hatte psychische Schwierigkeiten* nein
 ja, welche und wann? _____

* Um eine optimale Betreuung zu garantieren, ist diese Information sehr wichtig.

Es hilft mir, mich wohl zu fühlen, wenn _____

Besonders wichtig bei der Assistenz:

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir eventuell für Drucksachen und Internet verwendet werden: ja nein

Bei einer Zusage für die Teilnahme werden Sie einen detaillierten Fragebogen betreffend Pflege und Betreuung erhalten.

Mit meiner Unterschrift und/oder der meines/r gesetzlichen Vertreters/in bestätige ich, alle Angaben vollständig, genau und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Für Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt die Vereinigung Cerebral Schweiz keine Verantwortung. Meine Anmeldung gilt als verbindlich.

Datum: _____ Unterschrift Feriengast: _____

Datum: _____ Unterschrift Vertreter/in: _____

Bitte Anmeldung vollständig ausgefüllt senden an:
Vereinigung Cerebral Schweiz
Zuchwilerstr. 43, Postfach 810, 4501 Solothurn oder per Fax an 032 623 72 76